THÈSE

SUR CETTE QUESTION :

DES

KYSTES DES MACHOIRES.

3.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

CONCOURS POUR L'AGRÉGATION
EN CHIRURGIE.

THÈSE

SUR CETTE QUESTION :

DES

KYSTES DES MACHOIRES,

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE

PAR

A. DUCHAUSSOY,

DOCTEUR EN MÉDECINE,

Ancien Interne des Hôpitaux de Rouen et de Paris, Membre de la Société anatomique, Membre correspondant de la Société de médecine de Rouen, de la Société médicale du XI[e] arrondissement.

PARIS,

IMPRIMERIE FÉLIX MALTESTE ET C[IE],

RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 22.

1857

A LA MÉMOIRE

DE

P. POLLET,

Maire d'Haudricourt (Seine-Infre).
Conseiller de l'arrondissement de Neufchâtel.

DERNIER HOMMAGE

De ma vive Affection.

A. DUCHAUSSOY.

AVANT-PROPOS.

Il existe dans le langage de la médecine, comme dans celui de beaucoup d'autres branches des sciences naturelles, quelques dénominations tellement usitées, qu'il semble au premier abord que le sens en soit parfaitement arrêté, et qu'on ne puisse même s'en passer; mais vient-on à scruter la valeur du fait ou de l'idée qu'elles représentent, on demeure stupéfait de voir qu'elles n'ont en réalité aucune signification précise, bien plus qu'elles sont parfois une source de confusion et d'erreurs. Du nombre de ces dénominations sont celles qui ne rappellent qu'un caractère accessoire ou superficiel de l'objet auquel elles s'appliquent. Elles doivent être essentiellement transitoires. A mesure que cet objet est plus intimement connu, l'insuffisance ou le vice de la première appellation devient de plus en plus frappant, et il peut se faire qu'elle tombe d'elle-même en désuétude; mais telle est la force de l'habitude, que souvent cette dénomination généralement reconnue mauvaise persiste,

et alors, il faut bien en convenir, elle devient un obstacle au perfectionnement de la science. Ce n'est pas que je prétende que la science se réduise à une langue bien faite, ainsi que le voulait Condillac; sans doute, on peut, à la rigueur, contester que de grands progrès dans les sciences, soient dus à la précision de leur nomenclature, mais ce qu'on ne saurait nier, c'est qu'en embrassant dans une dénomination commune un grand nombre de faits très différents au fond, on engendre au moins une confusion, dont les conséquences peuvent être portées très loin. A une époque encore peu éloignée, on englobait, sous le titre de Sarcocèle, toutes les tumeurs solides des bourses. Tout semblait dit sur la nature de ces tumeurs, quand ce mot avait été prononcé. Ce mot était de ceux dont nous parlons; il n'indiquait qu'un caractère accessoire des tumeurs des bourses; or, le jour où le flambeau de l'analyse vint à porter la lumière dans ce groupe encore confus, le mot devint un obstacle, il fallait qu'il disparût, ou, ce qui revient au même, qu'on ne lui donnât plus qu'une signification restreinte; ainsi fit-on en ne l'appliquant qu'aux cancers de cette région; et il n'est personne aujourd'hui qui ne considère ce changement comme une très utile réforme. Bien d'autres appellations sont pourtant encore restées, qui subiront inévitablement le même sort.

De ce nombre, sera un jour celle de kyste. Ce mot, quoi qu'on en pense, n'a pas une signification précise; il ne représente pas une classe de produits pathologiques

naturels et établis sur des bases solides. Prouvons-le, et pour cela n'allons pas chercher les modifications que le sens de cette expression a pu subir depuis qu'elle a été introduite dans la langue; prenons-la au point ou elle en est à notre époque dans quelques-uns de nos auteurs classiques. On entend par kyste (κύστις, vessie) des cavités *closes* accidentelles ou poches *sans ouvertures*, remplies d'une matière liquide, molle ou solide (*Cruvel. Anat. path.*, tome 3, page 330). Pour Gerdy (*Deuxième Monographie*, page 344), les kystes sont des poches de formation morbide, *ouvertes* comme les kystes folliculaires, ou *closes* dilatées, et souvent distendues par la matière qu'elles contiennent. Les kystes, dit Vidal de Cassis, sont des tumeurs formées par le développement de poches *membraneuses*, ou cavités closes de toutes parts et renfermant des substances très variées... La membrane du kyste a pour caractère essentiel d'être libre par sa face interne. Par extension on a donné le nom de kyste à l'enveloppe qui circonscrit des tumeurs diverses, lipôme encéphaloïde, d'où la dénomination de tumeurs enkystées, qu'il ne fau pas confondre avec les kystes proprement dits. Les auteurs du *Compendium*, qui adoptent (tome 1, page 608) à peu près la même définition que Vidal, font déjà remarquer qu'elle a le grand défaut de ne pas convenir exclusivement à la chose définie. En effet, disent-ils, si on examine une tumeur de quelque nature qu'elle soit, on la trouve limitée de toutes parts par une membrane celluleuse, fibreuse, ou mixte, plus

ou moins prononcée, qui contient des matières diverses suivant les cas, et cependant ce n'est pas un kyste. Le caractère qui distingue ce dernier genre de tumeurs, *c'est qu'il y a entre les parois et leur contenu un rapport fonctionnel;* c'est que la surface externe du kyste est le siége d'un travail d'exhalation et d'absorption. »

A l'époque où parut le savant mémoire de M. Velpeau, sur les cavités closes, naturelles et accidentelles (*Annales*, tome 7 et 8), les chirurgiens ne concevaient les kystes que comme des collections de liquide situées au sein de l'organisme et enveloppées d'une membrane particulière distincte des tissus ambiants. M. Velpeau fit voir qu'il n'en était pas toujours ainsi et établit une division importante : Les kystes proprement dits et *les cavités closes accidentelles*. Les premières, constituées par une poche membraneuse, une ampoule indépendante des tissus qui l'entourent; les secondes, n'étant que des écartements anormaux ou pathologiques de ces tissus, des cavités creusées dans leur propre substance, comme les soufflures que l'on rencontre dans le verre ou le plâtre.

Mais les restrictions et les distinctions dont nous venons de parler, ne paraissent pas suffisantes à M. P. Boyer, et dans une note ajoutée au livre de son père (tome 2, page 1855), il veut tenter une réforme plus radicale : « Lorsqu'on lit les ouvrages de médecine, de chirurgie, et d'anatomie pathologique, on voit que le nom de kyste a été donné à des maladies très différentes, et que la confusion des noms tirés, tantôt de la structure des

parois du kyste, tantôt de la nature des liquides qu'il contient, est telle qu'on a peine à se reconnaître au milieu de ce chaos. Les progrès de la science n'ont pas servi à le débrouiller et l'on est en droit de s'étonner que les ouvrages les plus récents n'aient pas élucidé cette question. Je vais tâcher de remplir cette lacune. » Puis, M. Boyer, repoussant la définition la plus commune, refuse le nom de kyste au follicule sébacé rempli du produit de sa sécrétion, aux tumeurs de l'ovaire, aux tumeurs hématiques enkystées, etc., et ne considère comme kystes que les *tumeurs formées par une vésicule* cellulaire dilatée.

Après ces citations on conviendra facilement qu'on n'est pas d'accord sur ce qu'il faut entendre par le mot *kyste*. Or, que doit-il résulter d'une classification d'anatomie pathologique dans laquelle les kystes jouent le rôle important de classe? Confusion extrême dans les subdivisions, puisque le point de départ n'est rien moins que bien arrêté.

Dans ce que nous venons de dire, nous avons eu en vue les kystes considérés en général, mais nulle part la confusion que nous signalons, ne devient plus évidente que dans les kystes des os ; et ici, sous le spécieux prétexte d'une cavité ou même d'une mince enveloppe, on a fait une seule et même maladie des exostoses, des tumeurs fibreuses, des cancers des os. Et ne croyez pas que pour fournir les preuves de cette confusion, il faille les puiser dans les œuvres des chirurgiens d'un autre

siècle, et remonter à une époque où les kystes des parties molles étaient encore peu connus ; il suffirait d'ouvrir nos traités didactiques : « Plusieurs de ces productions sont renfermées dans une coque osseuse presque toujours doublée d'une membrane plus ou moins épaisse. C'est à cette coque que l'on donne le nom général de kyste. Les produits qu'elle contient sont tantôt liquides, tantôt solides, tels que le tubercule à l'état cru, le cancer, etc. (*Compendium de chirurgie,* tome 2, page 325). » Mais, s'ils constatent cet état de la science, les auteurs du *Compendium* ne l'acceptent sans doute pas, car ils s'empressent de déclarer qu'ils ne parleront que des kystes *dans lesquels se trouve un produit liquide, une sorte de sérosité.* Hâtons-nous de le dire, de nos jours, il serait bien difficile qu'un pareil état de choses subsistât longtemps, sans provoquer une réaction. Aussi, voyons-nous un esprit ardent et indépendant, Gerdy, s'insurger contre une erreur qu'il croit consacrée par l'autorité d'un nom illustre, sous le titre général d'*Exostose,* il étudie séparément (troisième monographie), *les Exostoses creuses, les exostoses par corps fibreux, les kystes des os, etc.* En parlant des exostoses creuses, il dit : « Sous le rapport anatomique, les unes sont des tumeurs plus ou moins considérables développées dans des cavités osseuses naturelles, comme le sinus maxillaire, la cavité médullaire des os longs, ou dans des cavités morbides creusées autour par résorption, de manière qu'elles sont libres par une partie de leur surface ou de leur circon-

férence, adhérentes à la cavité par le reste ; mais qu'elles soient adhérentes ou libres, les parois osseuses de la cavité ne peuvent être appelées un kyste osseux, comme le fait Dupuytren (*Leçons orales,* tome 2). Un kyste est une poche ou vessie close, qui, adhérente à nos tissus par une face, renferme d'ordinaire des produits morbides sécrétés dans son sein, et a une épaisseur de parois évidente, déterminable et non imaginaire. La portion non adhérente ou libre de la tumeur intra-osseuse peut être probablement recouverte d'un kyste séreux interposé à la cavité et à la tumeur. Mais ce kyste ne saurait, pas plus que la cavité d'habitation de la tumeur, autoriser à donner à la tumeur, qui est la maladie réelle essentielle, le nom de kyste des os. » Plus loin, à propos des corps fibreux, page 282, Gerdy s'élève avec plus de vivacité encore contre la déplorable confusion que Dupuytren, a pour ainsi dire, enracinée dans les esprits. Et peut-être même ici, le réformateur cesse-t-il d'être juste. Mais voyez comme les exagérations doctrinales en appellent facilement d'autres dans un sens opposé : voici venir M. P. Boyer, qui réduit à néant les kystes des os (*Traité des maladies chirurgicales*, tome 3, page 543). Marjolin, lui-même, nie l'existence des kystes osseux. (*Dictionnaire* en 30 volumes, article kyste.)

Mais je m'arrête dans ces généralités. En traçant l'histoire des kystes des mâchoires, les considérations que je viens d'exposer recevront une ample confirmation. D'ailleurs, une circonstance malheureuse vient d'interrompre

ce travail et lui imposer d'étroites limites. Frappé dans mes affections les plus vives, j'ai dû passer loin de Paris, au chevet d'un malade bien cher, une partie considérable du temps qui m'était accordé pour composer cette thèse. Je serai donc forcé d'indiquer seulement ce que j'aurais aimé à développer, et souvent même je laisserai au lecteur le soin de remplir quelques parties du cadre que je m'étais tracé.

DES

KYSTES DES MACHOIRES.

On a décrit sous ce nom une multitude d'affections de nature tellement différente qu'il est impossible de donner une définition qui les comprenne toutes. Je ne les énumérerai pas non plus ; l'historique les fera connaître. Si l'on voulait préciser le sens du mot kyste et ne donner ce nom qu'aux tumeurs dans lesquelles il existe *une poche membraneuse pathologiquement développée*, *close de toutes parts*, *distincte des tissus ambiants*, comme le veut M. Velpeau, *capable de réagir sur les produits qu'elle contient*, comme l'indiquent les auteurs du *Compendium*, presque toute confusion cesserait. Pourquoi ne pas faire aujourd'hui ce qui nous paraît indispensable pour l'avenir ? Nous serons conséquent avec les opinions que nous avons émises dans notre avant-propos, et nous diviserons notre sujet en trois sections.

1° *Les kystes des mâchoires*, caractérisés comme nous venons de le dire.

2° *Les cavités closes accidentelles des mâchoires.* Ici nous étendons au tissu osseux les considérations que M. Velpeau a fait intervenir pour les parties molles. Ce qui est vrai et utile pour elles, doit l'être nécessairement pour les os. ou, alors, ce qu'on appelle kyste n'est pas une espèce morbide ; c'est un protée dont les formes multiples finiront par devenir insaisissables. Nous admettons donc pour les mâchoires *des cavités closes accidentelles*, c'est-à-dire des écartements normaux, anormaux ou pathologiques des tissus des mâchoires, de simples cavités creusées dans leur propre substance.

3° *Les tumeurs enkystées des mâchoires*, produits très divers, décrits à tort sous le nom de kyste des mâchoires, et qui n'ont avec eux que des traits d'une ressemblance tellement imparfaite, qu'ils doivent en être complétement séparés ; pour cette raison nous n'en parlerons pas.

Inévitablement, le manque de descriptions anatomiques et la confusion qui régnait dans l'esprit des auteurs au sujet des tumeurs des mâchoires, rendra souvent difficile, parfois incertain, le classement des faits observés par nos devanciers ; mais, c'est là un obstacle qu'on rencontre toutes les fois qu'on veut séparer des groupes confondus, et qui ne peut que mettre en évidence les avantages d'une classification méthodique.

Ces trois divisions principales ne nous feront pas perdre de vue une autre classification importante dans l'étude des affections d'une région bien limitée ; je veux parler de celle qui est fondée sur la distinction des siéges divers que les kystes peuvent occuper ; mais ce siége sera souvent très difficile à déterminer d'une manière précise. Enfin nous n'omettrons pas non plus de distinguer les kystes d'après les produits qu'ils renferment ; car, si cette dernière divi-

sion n'a pas d'importance fondamentale, elle peut fournir des indications utiles à la thérapeutique.

ARTICLE PREMIER.

HISTORIQUE DES KYSTES DES MACHOIRES.

Je crois devoir reculer jusqu'à l'année 1672 la première description des kystes des mâchoires; je soupçonne même, d'après quelques indices, que si le temps m'avait permis d'explorer plus complétement les époques antérieures, j'aurais pu y trouver quelques indications sur ce sujet. Quoi qu'il en soit, J. Scultet m'a paru en donner au moins une observation suffisamment détaillée pour ne laisser aucun doute sur l'espèce de maladie qu'il décrit. A la page 270 de l'*Arcenal de chirvrgie*, on trouve une observation ayant ce titre : *une tumeur retranchée avec son chyste de la mâchoire supérieure.* Il est probable que l'auteur qui prend la peine d'indiquer dans le titre que la tumeur avait un kyste, attachait quelque importance à cette particularité; mais à cette époque on ne s'occupait guère d'anatomie pathologique, et la tumeur n'est pas décrite avec assez de détails pour que l'on puisse être sûr de sa nature. J'en dirai autant de l'observation intitulée : *un sinus calleux avec corruption de l'os du palais.* Mais l'observation XXVI contient des détails suffisants, je crois, pour permettre de voir dans la tumeur un kyste mélicérique, de la mâchoire supérieure; elle a pour titre : *une autre tumeur avec son chyste séparé de la mâchoire supérieure.* Du reste, le lecteur pourra en juger, car nous la reproduirons avec ses principaux détails, dans le cours de ce travail.

De Scultet nous pourrions sauter à Hunter et à Dupuytren, avec qui, pour la plupart des auteurs, commence l'histoire des kystes des mâchoires, mais les progrès récents, faits dans l'étude de cette question, nous permettant de croire que les maladies décrites sous les noms d'hydropisies et même d'exostoses des maxillaires, ne sont, dans beaucoup de cas, que des kystes, nous signalerons les auteurs, qui, à leur insu, ont fourni des lumières à notre sujet. En 1728, Fauchard (le chirurgien dentiste) décrit les tumeurs liquides du sinus maxillaire. Runge (*Thèses chirurgicales* de Haller, 1750) décrit plusieurs tumeurs du sinus, et des autres portions des maxillaires, dans lesquelles on ne saurait méconnaître de vrais kystes. Bordenave, dans les *Mémoires* de l'Académie de chirurgie, nous a laissé sur les maladies du sinus maxillaire, sur quelques exostoses de la mâchoire inférieure, trois mémoires qui, avec la thèse de Runge, ont été pendant longtemps ce qu'il y a eu de plus important sur la matière, et fournissent encore aujourd'hui des documents à l'histoire des kystes. M. Velpeau, dans un paragraphe sur les kystes osseux de la face, fait, sur le travail de Runge, une remarque qu'il ne faut pas perdre de vue quand on l'étudie (Velpeau, *Méd. op.*, tome 3, deuxième édit.). « Runge, qui décrit assez bien cette maladie, ne laisse pas échapper qu'en la pressant avec le doigt elle cède, pour revenir aussitôt sur elle-même *avec bruit*, et la range parmi les affections du sinus. Aussi Sprengel l'accuse-t-il d'avoir mis plusieurs fois dans sa dissertation, par inadvertance sans doute, *mâchoire inférieure* pour mâchoire supérieure. En cela le savant historiographe s'est évidemment trompé, c'est bien de la mâchoire inférieure que Runge veut parler quand il la nomme; seulement il se sert à tort et impro-

prement du terme sinus, pour désigner des tumeurs qui ont leur siége hors de ces cavités. » Qu'il me soit permis de justifier Runge, même de ce dernier reproche, en rappelant, qu'à l'époque où il écrivait, on appelait *sinus*, une cavité détournée, ayant une ouverture qui donnait issue à son contenu. Jourdain (*Journal de médecine* de Roux 1767; et plus tard dans son *Traité des maladies de la bouche* 1778), permet de croire qu'il a certainement traité des kystes des mâchoires supérieures, mais par une méthode dont l'anatomie nous a depuis fait voir le vice. Aussi son cathétérisme du sinus est-il abandonné. Deschamps emploi le premier le mot d'hydropisie, ce qui détourne un peu de l'idée d'une simple hypersécrétion de mucus, et nous rapproche de l'idée de kyste qui naîtra plus tard. J. Hunter (*Leçons sur les principes de chirurgie*, p. 632; trad. de Richelot), n'a rien écrit de spécial sur les kystes des mâchoires, mais il en a signalé l'existence en ces termes. « Parmi les tumeurs des os, il s'en trouve une espèce qui consiste dans l'accumulation d'une substance, probablement formée de lymphe coagulable. Cette tumeur peut être rangée au nombre des *tumeurs enkystées.* C'est surtout dans l'os maxillaire inférieur que j'ai rencontré ces tumeurs, dont les parois sont formées par une lame osseuse fort mince qui se brise aisément. » On peut douter cependant, d'après cette citation, que Hunter ait fait allusion aux vrais kystes. « Il est probable, dit M. Velpeau, (*méd. op.*, t. 3), que ces prétendues congestions lymphatiques, dont les parois étaient *minces comme du parchemin*, et que Brodie (Sam. Cooper *surg. dict.*, p. 201. seven edit.), comme Kirkland, place dans l'antre d'Hyghmore, appartenaient aux kystes osseux de la face. Callisen n'a-t-il pas commis la même erreur, en parlant des tumeurs à compartiments séparés

qui, selon lui, exigent l'arrachement de plusieurs dents? » Siébold (*Dissertatio de insolito maxillæ*, etc., 1776), ajoute M. Velpeau, paraît avoir mieux précisé le siége de l'affection qui nous occupe. Mais, il faut bien le dire, tous ces éléments obscurs auraient pu s'accumuler, et cette première période de l'histoire des kystes se prolonger bien des années encore, que la pathologie chirurgicale n'y eût pas trouvé grand profit. On peut s'en convaincre en lisant le passage de Desault, sur les exostoses, le *Traité des exostoses*, *Dict. d'Anat. Cooper*, et l'ouvrage de Boyer.

Avec Dupuytren s'ouvre une ère nouvelle; la maladie prend un nom, son diagnostic différentiel est presque entièrement établi, des espèces sont même déjà signalées, et désormais l'attention des chirurgiens, attirée par lui sur les kystes des mâchoires, pourra fournir en peu de temps tous les éléments d'une description complète. Pourquoi faut-il qu'en projetant la lumière d'une main, Dupuytren ait répandu les ténèbres de l'autre, et, qu'aux vrais kystes il ait réuni des corps fibreux, et d'autres productions? Peut-être, cependant, ne faut-il pas faire trop peser sur lui la responsabilité de cette confusion, et faut il s'en prendre au vague que l'expression de kyste entraînait avec elle? Delpech produit de nouvelles observations, et cherche à démontrer que les kystes des mâchoires se développent dans la pulpe dentaire, ou dans son cordon vasculo-nerveux (*Chirurgie clinique*, t. 2, 1816). Puis, M. Diday, dans sa thèse sur les maladies des os de la face, résume et coordonne les travaux antérieurs sur les kystes de cette région, en profitant habilement des observations isolées qui commencent à se multiplier; il établit déjà solidement l'opinion qu'il y a des poches pleines de liquide en dehors du sinus maxillaire. En 1840, M. Forget choisit les kystes

des mâchoires pour sujet de sa thèse inaugurale, et présente des points de vue et des faits nouveaux qu'il confirmera et développera plus tard, dans un mémoire lu à la Société de chirurgie en 1853. C'est M. Forget qui parle le premier des *kystes multi-loculaires* ou *hydatiformes*, décrits, il est vrai, mais non reconnus avant lui ; ils sont constitués, dit-il, pas les cellules agrandies du tissu spongieux de l'os. Le nom de kyste *alvéolo-dentaire*, est imposé par lui à une espèce déjà signalée par Delpech ; l'état du canal dentaire, dans les cas de kystes, devient l'objet d'une étude particulière, et, dans son dernier travail, il prétend établir que ce canal ne donne jamais naissance aux produits enkystés de la mâchoire inférieure. A cette même époque, il se publie une multitude d'observations sur ce sujet, en France, en Angleterre et en Amérique. M. Guibout (*Union médicale* 1847), reprend à son tour la question d'étiologie, et admet trois hypothèses qui nous paraissent parfaitement soutenables. Les kystes des maxillaires peuvent être dus : 1° *A un état pathologique du follicule dentaire qui devient le siége d'une hyper-sécrétion ;* 2° *à un vice dans l'évolution d'une dent qui se développe tout entière au sein du tissu osseux* ; 3° *à l'activité vitale que la nature déploie au centre des maxillaires, et aux changements de forme et de structure auxquels ces os sont sujets*. Dans ces dernières années (1852), un travail d'anatomie pathologique pure, présenté à la Société de chirurgie par M. Giraldès, a eu pour résultat d'ébranler profondément la croyance des chirurgiens au sujet de l'*hydropisie du sinus ;* et plus nous méditons les faits que la science possède, plus nous arrivons à croire aussi qu'il y a eu erreur sur le siége assigné à la maladie, et que, presque toujours, on a eu affaire à des kystes séreux ou muqueux. Ces kystes muqueux sont une espèce nouvelle, signalée par M. Bé-

raud, comme résultat du développement pathologique des follicules de la membrane muqueuse; leur existence est incontestable, leur substitution à l'hydropisie du sinus paraît déjà près d'être admise par beaucoup de bons esprits, et je dirai bientôt qu'une véritable hydropisie du sinus est peut-être encore à trouver.

Peut-être serait-il bon maintenant de faire voir quelle influence ces travaux ont exercée sur les descriptions des auteurs classiques? Mais, c'est là un travail facile que je laisse au lecteur. Je ne veux pourtant pas terminer cet historique sans exposer la manière particulière dont M. P. Boyer (*Traité des mal. chirurg.*, t. 5, p. 376), a envisagé la maladie qui nous occupe. Après avoir fait remarquer que les maladies décrites sous les noms d'exostose, de kyste, de corps fibreux du maxillaire inférieur, pullulent d'erreurs de diagnostic, il annonce qu'une maladie différente en réalité de ces dernières, existe dans le bord alvéolaire, plutôt que dans l'os maxillaire lui-même; et il la désigne par le nom de *maladie du bord alvéolaire.* Puis il décrit cette maladie, fait voir qu'elle n'est pas une exostose, comme on l'a dit, un kyste osseux, puisqu'il n'en admet pas, un corps fibreux, un ostéosarcome, une nécrose, et après avoir cherché dans l'étude anatomique, des raisons ingénieuses, sur lesquelles il base son opinion exclusive, il propose un traitement très simple. Evidemment, pour qui lira cet article sans préventions, il contient dans les détails des considérations très justes, et susceptibles d'applications utiles. Mais n'est-il pas évident aussi que l'idée exclusive qu'il a pour but de faire prévaloir, ne peut tenir en présence de l'analyse exacte des faits connus; et qu'elle n'est, sans doute, que le produit naturel d'une réaction un peu vive, contre le chaos des maladies kystiques.

ARTICLE 2.

KYSTES MUQUEUX OU FOLLICULEUX DU SINUS MAXILLAIRE.

La connaissance de ces tumeurs est de date toute récente, et comme leur histoire est loin d'être complète, et que les matériaux que nous possédons pour l'édifier sont encore peu nombreux, je les exposerai ici dans leur entier. M. Béraud a été le premier à signaler, en France, l'existence des kystes muqueux du sinus. D'après M. Giraldès, Williams Adams en avait bien déposé des exemples dans le Musée de l'hôpital Saint-Thomas, mais il n'avait rien publié. Voici les communications que M. Béraud a faites à ce sujet à la Société de Biologie (*Mémoires de la Société*, 1851).

OBSERVATION N° 1.

M. Béraud présente deux pièces prises sur des sujets différents, pour faire voir à la Société des kystes muqueux du sinus maxillaire.

Dans la première pièce, recueillie sur un homme de 40 à 50 ans, destiné aux dissections de l'école pratique, d'une taille élevée, d'une bonne conformation et ayant la peau extrêmement rugueuse, sèche et épaisse, il montre le sinus du côté droit, qui présente les particularités suivantes :

Le sinus est bien conformé, mais en l'ouvrant on voit, dans la cavité, des petites tumeurs disséminées à la surface de la muqueuse, tumeurs dont le volume égale celui d'une lentille. Elles existent sur la paroi inférieure, sur la paroi interne et sur l'externe. Elles diffèrent de couleur; les deux qui sont sur la paroi nféri eure et externe sont blanchâtres, molles, un peu élastiques, et faisant un léger relief dans l'intérieur du sinus. Elles sont con-

tenues dans l'épaisseur de la muqueuse. Quand on les presse, on ne les vide pas, mais si on les fend, on fait écouler un liquide épais, filant, albumineux, qui, examiné au microscope, se présente sans organisation et n'offre qu'une masse hyaline sur la paroi interne; au voisinage de l'ouverture du sinus dans les fosses nasales, il existe un amas de petites tumeurs ayant un volume variable, depuis celui d'une tête d'épingle, jusqu'à celui d'un petit pois. Ces granulations sont rougeâtres, et lorsqu'on les presse, on fait sortir un liquide muqueux, épais, filant, analogue à celui des glandes de Naboth. L'examen au microscope montre les mêmes caractères que pour les tumeurs précédentes.

Le reste de la membrane muqueuse du sinus est dans son état normal, c'est-à-dire qu'elle n'offre pas les caractères de l'inflammation, soit aiguë, soit chronique.

M. Béraud pense que ces petits kystes, ne sont autre chose que des espèces de tannes de la muqueuse du sinus, produites par l'oblitération de l'ouverture des follicules muqueux appartenant à la membrane qui tapisse cette cavité.

Sur la deuxième pièce, M. Béraud montre les mêmes altérations à un degré bien plus avancé.

Il s'agit d'un jeune garçon de 15 à 16 ans, qui avait des ganglions cervicaux parotidiens, considérablement affectés de tubercules à tous les degrés. Les ganglions parotidiens avaient même suppuré, et la matière purulente s'était fait jour au niveau de la partie moyenne de la parotide. De plus, ce garçon paraissait avoir succombé à une ostéite frontale, qui avait produit des désordres assez étendus. Ainsi, sur la partie moyenne du front, et un peu à gauche, on voyait une ouverture arrondie et communiquant jusque sur les os. La peau était saine autour de l'ouverture : mais au-dessous d'elle, entre les os et le périoste, il exiss tait une cavité contenant du pus et occupant surtout le côté gauche du coronal. Cette poche s'étendait transversalement jusqu'au niveau de l'arcade sourcilière, et descendait même jusqu'à la racine du nez. Le périoste décollé était considérablement épaissi et vasculaire. La table externe était détruite; on voyait encore quelques débris au milieu du pus; mais cet abcès qui communiquait à l'extérieur par une seule ouverture, s'était fait jour dan. les sinus frontaux par trois points, dont un, à droite de la ligne

médiane, communiquait avec les sinus frontaux correspondants, et les deux autres, avec les sinus frontaux du côté gauche. La communication des fosses nasales n'était pas détruite.

En examinant le sinus maxillaire du côté droit, M. Béraud a vu qu'il était rempli par une matière gélatineuse, jaunâtre, homogène, et se moulant sur toutes les anfractuosités du sinus. On pouvait facilement soulever les parois de ce kyste, qui n'offrait aucune adhérence avec les parties voisines. La paroi de ce kyste était lisse, et avait à peine un demi-millimètre d'épaisseur, se laissait facilement déchirer, et offrait çà et là quelques ramifications vasculaires. Le contenu de la poche était jaunâtre, filant et ne s'écoulant pas quand on le plaçait dans la déclivité ; il offrait tous les caractères du mucus épaissi. Quand ce kyste a été enlevé du sinus, ce qui a été très facile, parce qu'il n'existait pas d'adhérence, si ce n'est dans un point, M. Béraud a vu une seconde tumeur analogue à celle-là, mais moins volumineuse, siégeant dans le même sinus, vers la réunion de la paroi postérieure avec l'externe. Cette tumeur renfermait un liquide d'une consistance gélatineuse, analogue à celle du premier, mais d'une couleur un peu plus opaline. De plus, il était contenu dans l'épaisseur de la muqueuse, car, après avoir détaché celle-ci, il faisait saillie sur le côté profond de la membrane fibro-muqueuse. Elle avait un volume égal à celui d'un gros pois. D'ailleurs, les parois des sinus n'offraient aucune altération ; elles n'étaient pas refoulées, de sorte que rien n'apparaissait à l'extérieur. M. Béraud croit que ces faits prouvent que les follicules muqueux du sinus maxillaire, peuvent donner lieu à des kystes analogues aux kystes des autres membranes muqueuses (3 mai.)

OBSERVATION N° 2.

M. Béraud présente à la Société un sinus maxillaire du côté droit dans lequel il y a un kyste presque réduit à ses parois. Il flotte dans la cavité du sinus. Il adhère vers la partie antérieure de l'angle interne et inférieur de cette cavité. Son aspect est blanchâtre, sa surface interne est plissée à cause de l'évacuation du liquide qui s'est faite probablement pendant la vie, au moyen d'une rup-

ture, car aujourd'hui on ne voit plus dans le sinus le liquide que le kyste a dû contenir. Quand on l'ouvre, il s'échappe une petite quantité de mucosités dans lesquelles on reconnaît facilement des paillettes de cholestérine. Quand on l'insuffle on lui fait acquérir un volume égal à celui d'une noisette, de sorte qu'il occupe environ la moitié de l'antre d'Highmore, et alors on reconnaît que les parois sont transparentes, assez minces, peu résistantes, parcourues par des vaisseaux très fins qui de la base vont en rayonnant se distribuer vers l'extrémité libre. Vers le bord adhérent de cette poche, la muqueuse acquiert une épaisseur considérable. Ce que ce fait offre de particulier, c'est l'existence de la cholestérine au milieu du liquide, et même les paillettes s'étaient déposées à la face interne de la cavité kystique, ce qui donnait à cette paroi un aspect soyeux. Si l'on rapproche ce kyste de ceux qu'à déjà présentés M. Béraud sur le même point, on verra que des kystes variés peuvent exister dans le sinus maxillaire. (24 mai.)

M. Follin rapporte que M. Jobert (de Lamballe) vient de trouver aussi de la cholestérine dans un kyste du sinus maxillaire. Fergusson avait déjà observé le même fait.

A la même Société, M. Verneuil a montré dans le mois suivant des tumeurs analogues, mais avec des particularités curieuses ; voici la description de la pièce pathologique.

OBSERVATION N° 3.

Sinus maxillaire gauche, d'un jeune homme de 25 ans environ, normalement conformé. La muqueuse est finement injectée, on y observe cinq ou six petites tumeurs, dont le volume varie depuis celui d'un grain de millet jusqu'à celui d'une lentille. Ces tumeurs font saillie dans la cavité du sinus, elles sont contenues dans l'épaisseur de la muqueuse, et sont séparées de l'os par le tissu fibreux qui double la muqueuse. L'aspect et le contenu de ces tumeurs est variable. Les plus petites tumeurs sont transparentes, assez consistantes. La substance contenue est hyaline et

assez semblable au tissu du cristallin; elle paraît être adhérente aux parois, et avec la pointe d'un scalpel fin, on peut enlever toute la masse.

La tumeur la plus volumineuse présente une tout autre apparence; elle ressemble à une pustule sans ombilic; elle est molle, fluctuante; le contenu est semi-liquide, puriforme, filant et doué d'une cohésion assez notable. Le microscope permet de constater dans ces productions une assez forte proportion de cellules d'épithélium cylindrique, dans une gangue grenue, visqueuse, très cohérente. Cette matière est surtout très abondante dans la tumeur d'apparence puriforme. Les cellules épithéliales sont beaucoup plus rares. Il n'y a aucune trace de globules purulents.

A la partie inférieure du sinus, le toucher reconnaît deux ou trois petites saillies très dures, dues à des concrétions très adhérentes à la muqueuse, acquérant à peine le volume d'une tête d'épingle. L'analyse chimique, sous le microscope, y démontre la nature du tissu osseux. Cette dernière particularité me paraît très remarquable. Des concrétions osseuses, prenant naissance dans l'épaisseur d'une muqueuse, constituent une exception pathologique intéressante.

Les auteurs du *Compendium* de chirurgie nous apprennent aussi, dans leur article *hydropisie du sinus*, qu'ils ont souvent rencontré des kystes gros comme un pois ou un haricot, et situés principalement sur la paroi interne.

Mais le travail le plus important sur ces kystes, est celui de M. Giraldès, 1852, qui, outre une description plus complète de ces kystes, contient une idée nouvelle : *le développement des kystes muqueux constitue la maladie décrite sous le nom d'hydropisie du sinus.* Nous avons déjà vu que d'autres kystes avaient été reconnus distincts de ces hydropisies et en avaient été séparés. Après cette nouvelle élimination, restera-t-il quelque chose pour représenter l'hydropisie du sinus? c'est ce que nous examinerons

bientôt. Auparavant, analysons brièvement les documents fournis par M. Giraldès à l'histoire des kystes muqueux.

D'après lui, ces tumeurs se développent sans être précédées d'aucune altération de la membrane muqueuse du sinus ; dans beaucoup de cas, cependant, ils coïncident avec un état fongueux de cette membrane, sans qu'on puisse considérer cette altération comme cause déterminante de leur formation. On peut en trouver plus de vingt dans un seul sinus du volume d'un gros pois jusqu'à celui d'un gros œuf de pigeon, transparentes ou opaques, au moins à leur centre, à parois minces, quelquefois vasculaires. La matière contenue dans ces kystes est ordinairement liquide, visqueuse, transparente, quelquefois jaunâtre; dans quelques cas, c'est une masse épaisse, concrète et opaque, occupant le centre de la tumeur ; dans les kystes d'un gros volume, la matière est plus liquide, filante comme du blanc d'œuf ; elle peut être composée en grande partie de cholestérine. L'analyse chimique du contenu d'un de ces kystes et l'examen microscopique, n'ont pas fourni des résultats bien importants.

Ces kystes sont formés par les glandes folliculaires développées dans le tissu cellulaire qui les entoure ; mais avant que le fond de la glande ne fût ainsi distendu, le canal excréteur avait déjà formé un kyste miliaire. Ces derniers sont donc le point de départ des premiers.

En s'accroissant, les kystes muqueux dilatent le sinus ; cette dilatation peut s'opérer dans tous les sens et donner à l'os un volume double de l'état normal ; elle peut aussi se faire partiellement et dans une direction déterminée, vers l'orbite, les fosses nasales, etc.

Puis M. Giraldès cherche à établir que les kystes muqueux sont ceux qu'on a décrits comme des hydropisies du

sinus : il manque de preuves directes, mais il invoque la similitude des déformations produites par les deux maladies, l'identité du liquide trouvé dans les deux cas, l'impossibilité où l'on est de montrer un cas dans leqnel il y ait une hydropisie de la cavité même du sinus.

Peu de temps après la lecture du Mémoire de M. Giraldès, M. Verneuil a fait voir à la Société de chirurgie une pièce dont nous allons donner la description détaillée, et qui lui a paru un exemple bien avéré d'hydropisie du sinus maxillaire ; nous n'y voyons qu'une simple augmentation de la quantité du mucus normal, sans dilatation de la cavité du sinus, sans ces phénomènes qui ont servi à caractériser l'hydropisie ; mais il est difficile d'avoir une opinion bien arrêtée sur un point encore litigieux.

OBSERVATION N° 4.

Cette pièce a été trouvée sur le cadavre d'un jeune homme de vingt-cinq ans environ, destiné aux manœuvres opératoires. Le sinus maxillaire du côté gauche est complétement rempli par un mucus visqueux, filant, très tenace et très adhérent à la muqueuse. Ce liquide d'un jaune sale, est transparent, sans mélange de pus ; le microscope y constate une petite quantité de cellules d'épithélium cylindrique dont les cils vibratiles ne sont plus apparents. La muqueuse est assez fortement injectée ; le microscope y fait aussi découvrir bon nombre de vaisseaux. Cette membrane n'a guère augmenté d'épaisseur ; elle se dessèche avec facilité et ne présente à sa face interne aucune production anormale ; on y rencontre néanmoins des kystes folliculaires d'un volume très minime.

La muqueuse se détache facilement de l'os qu'elle revêt ; celui-ci néanmoins reste, après cette ablation, recouvert encore d'une couche périostique. La cavité du sinus n'est point distendue ; les os ne sont ni amincis, ni malades ; la dernière molaire, ou dent de sagesse, achève son évolution, et le tissu spongieux de l'alvéole qui l'entoure paraît visiblement injecté et se laisse facilement

couper. Cependant la rainure ne pénètre pas dans le sinus. L'irritation causée par la crue de cette dent n'est peut-être pas étrangère à l'hypersécrétion dont la paroi du sinus est le siége.

La muqueuse pituitaire n'est pas épaissie, on ne retrouve pas l'orifice du sinus dans le point où les auteurs le décrivent. Cet orifice, au contraire, se trouve là où M. Giraldès l'a décrit, c'est-à-dire à la partie antérieure et supérieure du sinus, immédiatement derrière le conduit nasal.

Quoique l'orifice du sinus soit resté libre et aussi large que de coutume, on comprend l'accumulation du mucus dans la cavité du sinus. Ce mucus est, en effet, si tenace, que l'on ne peut qu'à grande peine le détacher de la muqueuse à travers une large ouverture de celle-ci et en faisant intervenir l'action d'un courant d'eau. Le périoste extérieur se détache bien facilement de la surface de l'os maxillaire.

A la remarque dont nous avons fait précéder la description de M. Verneuil, nous devons ajouter un fait peut-être oublié dans cette discussion, c'est que certaines maladies générales peuvent accroître beaucoup la quantité de mucus que contiennent les sinus maxillaires. Jourdain connaissait déjà cette particularité, et il l'avait surtout rencontrée sur les sujets morts de fièvre putride, de scorbut, de vérole. (*Journ. de méd.* t. 27, 1767.) L'accumulation de mucus décrite dans l'observation précédente n'était-elle pas due à une cause semblable ?

Pour nous, jusqu'à ce que de nouveaux documents soient venus modifier l'état de la science, nous croyons qu'après la place qu'ont déjà prise les kystes alvéolo-dentaires, les cavités séreuses accidentelles, simples ou multiloculaires, des os maxillaires supérieurs et les kystes muqueux de leur sinus, il n'en reste plus guère pour la maladie qu'on a appelée hydropisie, et que, jusqu'à preuve du contraire, il faut reprendre à cette maladie fictive les symptômes

qu'on lui a prêtés, pour les reporter sur l'histoire et le traitement des kystes muqueux. En terminant son mémoire, M. Giraldès fait remarquer qu'au lieu de se borner à une simple ponction comme pour une hydropisie, on doit mettre les sinus à découvert par une large ouverture, et le débarrasser des kystes qu'il renferme. Cette méthode de traitement ne serait peut-être pas indispensable à notre avis, dans le cas où l'on aurait affaire qu'à une seule poche kystique. Ajoutons en terminant que, dans l'état actuel de la science, il est impossible de distinguer les kystes muqueux encore peu développés des autres tumeurs que le sinus peut contenir; on ne peut les reconnaître que lorsqu'il ont distendu et aminci les os en quelques points; peut-être plus tard une étude clinique basée sur les faits d'anatomie pathologique que nous venons d'exposer, fournira-t-elle des signes nouveaux, et que n'ont pas aperçus les chirurgiens qui n'avaient en vue que l'hydropisie du sinus.

ARTICLE 3.

KYSTES ALVÉOLO-DENTAIRES.

Nous empruntons ce nom à M. Forget, pour désigner *les kystes qui se développent primitivement dans l'alvéole des dents.* Ces kystes, comme les kystes muqueux du sinus, appartiennent à la classe des kystes préexistants de M. Cruveilhier, et il y a des considérations anatomiques très dignes d'intérêt à présenter sur les rapports histogéniques des parties molles de l'alvéole avec la tumeur qui nous occupe. On les trouvera presque toutes exposées dans le mémoire de M. Guibout (*Union-Médicale*, 1847), et dans la note de M. P. Boyer (t. V). Ce dernier chirurgien poussant aussi loin que possible l'analogie qui existe entre l'anatomie nor-

male et les faits pathologiques, n'hésite pas à faire les rapprochements suivants : « L'anatomie nous apprend que le bord alvéolaire n'appartient pas au maxillaire, mais aux dents : la pathologie nous fait voir que c'est toujours par le bord alvéolaire que commence la maladie. L'anatomie nous apprend que le follicule dentaire contient une sérosité limpide, mucilagineuse : la pathologie nous fait rencontrer une sérosité semblable dans les tumeurs nommées exostoses et kystes. Si cette sérosité est rougeâtre, elle doit cette teinte soit au germe, soit à la rupture de quelques vaisseaux. L'anatomie nous apprend que l'enveloppe externe du follicule est fibreuse : la pathologie nous présente quelquefois des corps fibreux. L'anatomie nous apprend que le follicule dentaire est composé de deux membranes, dont l'interne séreuse est remplie de liquide : Bordenave nous montre des kystes fixés aux racines d'une dent, et contenant un liquide analogue. L'anatomie nous apprend que le germe de la dent est un corps jaunâtre, tirant sur le rouge : Bordenave et Dupuytren trouvent dans les tumeurs du maxillaire inférieur des masses semblables à de la moelle durcie et à de l'adipocire. L'anatomie nous apprend que des germes plus nombreux que les germes normaux peuvent exister ; la pathologie nous fait trouver dans les tumeurs de l'os maxillaire des productions osseuses, crétacées, que l'on peut attribuer à des germes anormaux ossifiés et arrêtés dans leur développement. »

L'existence des kystes développés dans l'alvéole, dans le follicule dentaire, est complétement hors de doute, comme je le ferai bientôt voir, mais leur histoire est bien difficile à tracer, car, à peine ont-ils pris un certain développement qu'on devient incertain de leur siége précis. Ce n'est que par induction qu'on peut penser que les kystes séreux volumineux que l'on rencontre le plus sou-

vent, ont eu pour berceau un follicule dentaire. Cependant, comme nous en donnerons des exemples, le traitement peut même, dans ces cas, nous éclairer sur le véritable siége de la maladie.

Exposons d'abord les cas les plus simples.

OBSERVATION N° 5.

On lit dans Runge (*Thèses* de Haller, édition française, tome 1, page 140) : La même dame qui a fait le sujet de l'observation précédente, eut à la mâchoire inférieure une tumeur dure et indolente de la grosseur d'un œuf de pigeon, située au côté gauche, au-dessous des deux dernières dents molaires. Toutes les dents molaires étaient cariées jusqu'à leur racine; la malade disait en avoir beaucoup souffert; on les tirait sans peine ; les racines des antérieures étaient bonnes; mais celles des dents postérieures présentaient à leur extrémité une tumeur enkystée. On tira les molaires de ce côté, et dans l'alvéole de celles dont l'extrémité était terminée par ce bulbe membraneux, on insinuait un peu de coton trempé dans l'essence de girofle ; à l'extérieur, on appliquait des compresses imbibées de liqueurs spiritueuses et résolutives ; l'usage de ces remèdes fit dissiper entièrement la tumeur de la mâchoire et consolida parfaitement les alvéoles.

Cet exemple vient de nous montrer la conduite à suivre dans un cas où la tumeur était volumineuse.

OBSERVATION N° 6.

(Runge, page 143.) Une dame de cette ville, après de violents maux de dents, s'en fit tirer une qui était toute cariée jusqu'à la racine, et à l'extrémité de cette racine était une tumeur ronde, qui renfermait dans son sac une humeur jaunâtre. Cette dame n'a plus souffert depis.

Beaucoup d'autres auteurs citent des faits semblables,

et déjà Runge, faisant l'application des cas simples qu'il avait observés à la tumeur plus compliquée qu'il décrit dans sa deuxième observation, ne balance pas à dire, à la fin de son travail, que c'était une tumeur enkystée renfermée dans les sinus qu'elle distendait; cette tumeur, naissant de la racine de la dent, s'était ensuite répandue dans le sinus. Remarquons en passant que Runge signalait déjà un phénomène dont on a voulu faire plus tard un signe pathognomonique. « Cette tumeur cédait à la pression et se remettait avec bruit en son premier état lorsqu'on retirait le doigt. » Fauchard (t. I, *Le chirurgien dentiste*, observation 8) extrayait aussi les dents, et le liquide se vidait par l'alvéole.

Delpech (*Clinique chirurg.*, tome III) a fait connaître une disposition des kystes dentaires un peu différente de celle dont nous venons de parler. Il a vu le cordon vasculaire des dents entraîner après lui un petit kyste fusiforme, transparent, fluctuant; le fond de l'alvéole offrait un prolongement dans lequel était logée la petite tumeur. Dans quelques cas, la racine de la dent était échancrée à une époque de la vie où ce fait ne doit pas exister, et le kyste adhérait à l'échancrure. D'autres fois on a vu sur l'extrémité de la dent malade un bourrelet osseux qui baigne dans un liquide renfermé dans un kyste fixé d'une part à ce bourrelet, de l'autre au fond de l'alvéole.

Voilà donc des cas élémentaires, et on en peut citer beaucoup d'autres, dans lesquels le siége précis du kyste est facile à établir. Faut-il croire maintenant que les cas plus compliqués par le volume, la situation et les altérations du kyste ont eu le même point de départ et que la plupart de kystes séreux uniloculaires des mâchoires doivent rentrer dans les *kystes alvéolo-dentaires ?* Le

nombre très considérable d'observations que nous venons de dépouiller nous porte à penser qu'il en est ainsi. Nous allons citer les faits qui nous paraîtront les plus probants.

Montrons d'abord que les kystes séreux ne sont pas dans le sinus comme on le croyait naguère alors qu'on ne parlait que de l'hydropisie du sinus. « Dans trois cas d'incision de ces tumeurs, Delpech a inutilement cherché l'ouverture de communication avec les fosses nasales, soit à l'aide du stylet, soit en faisant exécuter au malade une forte expiration, pendant qu'il fermait la bouche et les narines. Dans l'une des observations, la cavité, soigneusement explorée, n'offrit aucune ressemblance avec celle du sinus. Enfin un fait constaté dans le service de M. Laugier, et un autre avec une autopsie que j'ai pu faire avec Blandin ne laissent aucun doute sur la possibilité de cette disposition. On s'explique, au reste, fort aisément la méprise des auteurs par la situation et le volume de ces kystes dont la cavité peut d'autant mieux être prise pour celle du sinus lui-même, que leur paroi postérieure trouvant moins de résistance de ce côté, peut se porter en arrière à une profondeur considérable et reproduire presque exactement la forme et les dimensions de la cavité naturelle (Diday, thèse 1839). » M. Forget (Mémoire 1852, p. 237) donne l'histoire d'une femme qui portait à la mâchoire inférieure un kyste du volume d'une noix; la gencive de la deuxième molaire était un peu fongueuse, et cette dent vacillait. M. Forget arracha cette molaire. Immédiatement, il vit sourdre de l'intérieur de l'alvéole un liquide séro-albumineux filant rougeâtre; l'intérieur du kyste était recouvert d'une membrane lisse, légèrement tomenteuse, dont quelques débris se retrouvaient à l'extrémité et au-

tour des racines de la dent; cautérisations du kyste par le nitrate d'argent et l'alun; guérison au bout de trois mois.

Il me serait facile de citer encore beaucoup d'observations dans lesquelles le kyste séreux offre des connexions étroites avec la dent qu'on arrache, mais je passe à un autre ordre de faits, aux cas dans lesquels on a trouvé une dent ou des débris de dents dans l'intérieur du kyste. Ces cas sont extrêmement nombreux et bien propres à démontrer les rapports étroits qui existent entre les kystes séreux des mâchoires et le siége des dents dans ces os.

Tout le monde connaît l'observation de Dubois, reproduite par Boyer, et dans laquelle, après la sortie d'une grande quantité de liquide analogue à celui de la grenouillette, on trouve près du rebord sous-orbitaire une canine qu'on extrait et dont la racine était aplatie. Syme (*Archives générales de Méd.*, 1838, t. III) trouva la couronne d'une dent dans un kyste épais, recouvert d'une matière terreuse sous forme de cristallisation, et renfermant un fluide clair et glaireux. Ce sont les deux incisives gauches dont les racines sont à nu dans un kyste ouvert par Bertrand (Lombard, *Thèse de Montpellier*, 1836). Blasius (*Archives de Méd.*, 1838), après avoir fait sortir d'un kyste une sérosité limpide, sentit près du canal nasal, à la partie inférieure de l'osplanum, une dent canine dont la racine occupait une alvéole placée dans l'épaisseur de la surface orbitaire du maxillaire supérieur, et dont la couronne était libre dans le kyste. Cette dent était surnuméraire. Marjolin a vu un kyste qui contenait deux dents développé dans l'épaisseur de la voûte palatine; sa paroi inférieure s'étant graduellement usée, on put extraire les dents avec une pince. Barue a trouvé une dent au milieu d'une tumeur située au-dessous

du globe de l'œil. Enfin voici un cas tiré de la clinique de Dupuytren (2e édit., t. II, p. 135) :

« Le docteur Loir a présenté à la clinique de Dupuytren un kyste osseux développé dans l'apophyse palatine de l'os maxillaire supérieur gauche, dont les parois étaient formées par les deux lames compactes de cette apophyse; la cause immédiate était évidemment une dent renversée. En effet, la dent canine gauche, au lieu de percer par sa couronne le bord alvéolaire du maxillaire supérieur correspondant, s'était ouvert un passage à la paroi interne de cet os, et avait donné lieu à une cavité triple au moins de son volume, dans le tissu diploïque de l'apophyse palatine, où elle s'était développée comme elle l'aurait fait à l'extérieur; la racine de la dent était donc arc-boutée contre la paroi externe du bord alvéolaire. »

LES CAVITÉS ACCIDENTELLES DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE SE DÉVELOPPENT-ELLES PRIMITIVEMENT DANS LE CANAL DENTAIRE ?

L'anatomie pathologique ne contient pas un grand nombre de faits qui puissent éclairer cette question, cependant il y en a quelques-uns dont la signification est très précise, et comme on va le voir, ces faits démontrent que le canal dentaire a été respecté pendant très longtemps par la maladie, loin d'avoir été son point de départ.

Dans la *Gazette des Hôpitaux* (1852 10 avril), on lit : la moitié gauche du maxillaire inférieur était envahie et transformée en une poche remplie de débris fibrineux et d'un fluide séreux, au milieu desquels se trouve le nerf dentaire, en partie renfermé encore dans un canal osseux; la branche montante, le condyle, l'apophyse coronoïde n'avaient pourtant pas échappé à la destruction.

M. Forget qui a étudié avec soin ce point d'histogénie des kystes, s'exprime ainsi : (mémoire 1852) dans un cas où on avait désarticulé la mâchoire, je trouvai le canal dentaire élargi dans sa portion correspondante à la branche de l'os. La paroi supérieure était criblée de trous livrant passage à de nombreux vaisseaux ; en avant, cette paroi était très amincie ; nulle part, d'ailleurs, elle ne communiquait avec le kyste. Dans un autre cas, le canal dentaire était transporté près du bord alvéolaire, et était constitué par un *véritable tube osseux* en relief à la partie supérieure et interne de la tumeur. Le nerf, trois fois plus gros qu'à l'ordinaire, avait sa partie moyenne contenue dans cette sorte d'étui, qui n'avait que 4 centim. de longueur ; en deçà et au delà le nerf baignait dans le liquide, il était sain.

M. Guibout a présenté à la Société anatomique une pièce qu'il a décrite avec des détails minutieux, et qui nous montrera, encore avec d'autres faits intéressants, l'état du nerf dentaire (*Bulletin*, t. 22).

OBSERVATION N° 7.

M. *Guibout* présente un kyste séreux développé dans la branche gauche et le corps du maxillaire inférieur.

La forme générale de cet os a disparu ; l'angle de la mâchoire est presque effacé ; on ne distingue plus que difficilement le corps de l'os de sa branche, car ces deux parties ont subi dans leurs formes, leurs dimensions et leurs directions, des altérations assez profondes pour les rendre presque méconnaissables.

Ainsi, d'abord, les dimensions en hauteur et en épaisseur du corps de l'os, sont exagérées. Tandis que chez un sujet adulte, la hauteur moyenne du corps de l'os au niveau de la première molaire, est de 2 centimètres, elle se trouve être de 3 centimètres sur la pièce malade. Mais le développement en épaisseur du corps de l'os est beaucoup plus remarquable. Tandis qu'à l'état

normal cette épaisseur est de moins d'un centimètre, elle est ici de 4 centimètres. Le corps se prolonge aux dépens du bord postérieur de la branche, qui a été repoussé en arrière, usé, et qui, au lieu de monter verticalement, comme à l'état normal, offre une concavité très prononcée en avant.

Les dimensions en longueur sont aussi changées pour le corps de l'os. Tandis que, sur un maxillaire sain, nous trouvons 5 centimètres de la première molaire au bord postérieur de la branche, nous en trouvons 6 1/2 sur le maxillaire malade.

Immédiatement en arrière et au-dessous de la première molaire, au niveau de l'endroit où l'on sentait de la fluctuation, il y a, dans l'étendue d'environ 2 centimètres carrés, disparition complète de l'os, qui est remplacé par une membrane épaisse et de nature fibreuse. Cette membrane, ouverte pendant l'opération, donna issue à deux ou trois cuillerées d'un liquide séreux, noirâtre, contenu dans une poche creusée dans l'épaisseur du corps de l'os. Cette poche a trois centimètres de profondeur ; elle est assez large pour que le doigt indicateur puisse s'y mouvoir en tous sens. *Elle n'est tapissée d'aucune membrane distincte* : ses parois, osseuses en dedans, sont rugueuses et inégales ; on y sent des crêtes saillantes et aiguës. En haut, la paroi de la poche est formée par une membrane qui la sépare d'une autre poche contenue dans l'épaisseur de la branche, et dont nous parlerons plus tard, de sorte que cette poche est ostéo-membraneuse. La partie osseuse a été usée en deux endroits différents ; d'abord en avant, et ensuite tout à fait en haut. Tout le pourtour de cette caverne est osseux.

Modifications dans le volume. — A l'état normal, 2 centimètres 1/2 séparent le col du condyle de l'apophyse coronoïde ; ici, nous trouvons que ces deux apophyses sont séparées l'une de l'autre de 6 centimètres. L'épaisseur de la branche, à sa partie supérieure, est normalement presque linéaire ; ici, elle est de 6 centimètres, d'où il résulte que cette branche, au lieu d'avoir la forme d'une lame sans épaisseur, ayant deux faces et quatre bords, a au contraire la forme d'un cube, dont la circonférence externe, mesurée au niveau de l'apophyse coronoïde et du col du condyle, est de 15 centimètres. Ce cube va nous offrir à étudier *six parois* ou *faces*, et une *capacité* ou *dimension intérieure*.

1° *La paroi antérieure* du cube représenté par la branche du maxillaire altérée est osseuse et constituée par l'apophyse coronoïde. Cette apophyse présente ceci de remarquable : 1° qu'elle est, comme nous l'avons déjà dit, éloignée du condyle de 6 centimètres ; 2° qu'à sa partie inférieure, elle est détachée complétement du corps de la branche, en sorte qu'elle est mobile au milieu d'un tissu membraneux ; 3° qu'elle a perdu tout-à-fait sa forme, et qu'à son extrémité libre, au lieu d'être lisse et arrondie, elle est rugueuse et inégale, ce qui est dû à un commencement de destruction. On trouve sur la face externe les attaches tendineuses du muscle temporal assez bien conservées, ce qui explique la facilité avec laquelle avaient lieu les mouvements de mastication.

2° *La paroi postérieure* du cube est représentée par le bord postérieur de la branche de la mâchoire et par le col du condyle. Ce bord est remarquable : 1° par son refoulement en arrière, que nous pouvons évaluer à un centimètre 1/2, et qui a les deux conséquences suivantes, d'abord qu'il prolonge en arrière le corps de l'os, ensuite qu'il efface presque complétement l'angle de la mâchoire ; 2° par son élargissement considérable ; au lieu d'être arrondi et presque linéaire, il est étalé sous forme d'une lame, dont la largeur est en bas de 1 centimètre 1/2 ; 3° par sa concavité intérieure et son amincissement considérable ; car il est réduit à l'état d'une simple lame de tissu compacte, double résultat de l'usure qu'il a subie ; 4° enfin, son extrémité supérieure n'existe plus ; le condyle est tout à fait détruit ; il n'en reste aucun vestige.

3° *La paroi externe* du cube a une largeur de 6 centimètres ; elle s'étend de l'apophyse coronoïde au bord postérieur de la branche du maxillaire. Elle est tout à fait membraneuse. On trouve seulement dans son épaisseur une petite lame de tissu osseux. Cette surface membraneuse est remarquable par les attaches du muscle masséter, lequel est en partie dégénéré et transformé en membrane. La fluctuation était très remarquable dans toute l'étendue de cette paroi.

4° *La paroi interne* du cube est en partie osseuse et en partie membraneuse. On trouve dans sa partie antérieure une partie du tendon du temporal, au-dessous duquel est une lamelle osseuse

très mince, isolée au milieu des membranes. Un peu plus bas l'os est encore conservé, mais toujours aminci. On y rencontre : 1° le nerf dentaire tout à fait sain; seulement l'épine qui le protége en avant a disparu; 2° le nerf milohyoïdien logé dans son sillon. Au-dessus de ce sillon, l'os n'existe plus; le cube n'est fermé que par une lame membraneuse qui correspond à celle de la paroi externe; en sorte, qu'à ce point, on percevait parfaitement la fluctuation de dedans en dehors et de dehors en dedans.

5° *La partie inférieure* ou *plancher* du cube est divisée par une sorte de promontoire osseux, sur lequel passe le nerf dentaire, en deux parties distinctes; l'une, antérieure profonde, qui forme une fosse à fond osseux; l'autre, postérieure, profonde également, dont le fond est membraneux et répond en arrière et au dessous de l'angle de la mâchoire.

6° *La paroi supérieure* ou *voûte* du cube est formée par des membranes qui, du pourtour de la cavité glénoïde du temporal, se continuent en avant et en arrière, en dehors et en dedans, avec les membranes de toutes les faces.

7° *La capacité* du cube a une largeur de 6 centimètres; elle est divisée en deux compartiments bien distincts, l'un externe, l'autre interne.

La poche ou compartiment externe est tout à fait membraneuse, excepté en avant où ses parois se fixent à l'apophyse coronoïde, et en arrière où elles se fixent au bord postérieur de la branche. Son fond est membraneux et la sépare de la cavité contenue dans le corps de l'os. Cette poche a 3 centimètres de largeur sur 4 de profondeur. Sa paroi interne, qui la sépare de la poche voisine et qui est tout à fait membraneuse, est d'une couleur rosée; elle est striée, épaisse, *et se dédouble très facilement en feuillets transparents et analogues à des séreuses.*

8° *La poche interne*, la plus considérable, a 6 centimètres de profondeur sur 6 de longueur, d'avant en arrière. Elle est osseuse dans quelques-uns de ses points, et membraneuse dans d'autres. C'est elle qui formait la saillie que l'on constatait à l'intérieur de la bouche. Son fond est constitué par le fond même du cube; nous en avons déjà parlé. Elle ne communique dans aucun de ses points avec la poche externe, à moins que la communication n'ait eu lieu

par en haut, ce que nous n'avons pu constater, puisque les tissus ont dû être coupés à ce point dans l'opération.

Ces deux poches, comme celle du corps de l'os, contenaient un liquide séreux : on n'y découvrait aucune trace d'hydatides.

J'ai reproduit cette observation dans tous ses détails, parce qu'elle nous donne l'anatomie pathologie très complète des kystes dont nous nous occupons; elle sert d'ailleurs de transition naturelle entre les kystes uniloculaires et les multiloculaires, puisqu'elle fait voir deux poches très distinctes.

De ces faits réunis, et de ce que nous n'en avons trouvé aucun dans lequel on pût croire à une altération primitive du canal dentaire, il nous semble qu'on peut tirer cette conséquence, que ce canal n'est pas le point de départ des cavités closes de la mâchoire inférieure, et que ces cavités ne se développent que dans les alvéoles normales ou anormales, pour les kystes alvéolo-dentaires, et dans le tissu spongieux pour les kystes multiloculaires, encore ce dernier point ne me paraît-il pas aussi solidement établi qu'à M. Forget, car l'envahissement et la dilatation du tissu spongieux pourraient à la rigueur être consécutifs au développement d'un kyste alvéolaire. Les rapports du nerf maxillaire inférieur avec les kystes permettent d'expliquer l'absence de douleurs dans les premières phases de la maladie; de croire à une perforation du canal dentaire lorsque la douleur s'éveille, et de croire, en outre, dans ce dernier cas, à l'existence d'un produit solide dans le kyste; car si le nerf baignait dans un liquide, il ne serait pas comprimé.

ARTICLE 4.

CAVITÉS CLOSES MULTILOCULAIRES DES MACHOIRES.

Cette espèce, signalée pour la première fois par M. Forget (1840) comme méritant une étude spéciale, avait déjà été rencontrée par Dupuytren, mais nous ne voyons pas que ce chirurgien ait été frappé de ce qu'elle présente de particulier. Nous chercherons à la faire bien connaître, car il nous semble qu'il serait très important de la diagnostiquer avnt de prendre un parti, pour une méthode de traitement; dans ce but, nous avons reproduit ici, les observations de cavités multiloculaires que nous avons pu réunir, et nous croyons que la lecture de ce petit groupe de faits, sera plus propre qu'une exposition didactique, à donner des idées justes et complètes sur ces cavités.

Les observations qui suivent n'ont pas été produites sous les titres que je leur donne; les chirurgiens qui les ont recueillies n'ayant pas, pour la plupart, été frappés du fait que nous étudions : la multiplicité des cavités; mais j'indique les sources et on y retrouvera les titres primitifs.

OBSERVATION N° 8.

Cavité close multiloculaire du maxillaire supérieur; incision à la face interne, tentatives répétées d'arrachement partiel; mort par épuisement; autopsie.

(Voir Dupuytren, *Leçons orales*, *première observation.*)

Une jeune fille de 7 ans, bien conformée, d'une constitution lymphatique, vint à l'Hôtel-Dieu, le 28 juin 1832, pour y être traitée d'une tumeur qu'elle portait dans l'os maxillaire supérieur. Elle raconta qu'ayant reçu un coup à la joue, elle fut prise au bout de quelques temps de douleurs à l'endroit blessé, puis il y survint de la tuméfaction. Lorsqu'elle se présenta à nous, le gonflement

avait la grosseur du poing, la narine du côté droit était obstruée et aplatie, la voûte palatine repoussée de ce côté et en haut, l'œil chassé en avant. Depuis un mois cette jeune fille avait évidemment maigri....... En pressant la partie antérieure et supérieure de la tumeur, on enfonce une petite lame, qui, en cédant et en revenant alternativement sur elle-même faisait entendre un bruit de froissement analogue à celui d'une feuille de parchemin; même crépitation à la voûte palatine. Ce signe suffit pour diagnostiquer un kyste osseux, mais l'examen des parties voisines confirme ce diagnostic; elles ne sont pas dégénérées. Le chirurgien qui a donné des soins à cette jeune fille, a méconnu le genre de son affection, puisqu'il a appliqué la potasse caustique, croyant sans doute avoir affaire à un abcès.

Deux jours après, Dupuytren fait au lit de la malade une légère incision sur le trajet du mal; le bistouri est ensuite plongé comme pour faire une ponction, et il en sort aussitôt un flot de sang noirâtre. Mais bientôt le sang s'arrête de lui-même; l'opérateur porte le doigt dans la tumeur, et au lieu d'un corps fibro-celluleux, il trouve *une substance molle qui se laisse facilement déchirer; cette substance avait peu à peu distendu l'os, mais n'était pas confondue avec lui.* Le doigt promené dans divers endroits lui fait reconnaître un kyste à parois osseuses, dures dans quelques parties, amincies dans d'autres. Le lendemain, à l'amphithéâtre, une incision est pratiquée en dedans, sur la partie interne de la tumeur; il s'écoule environ deux onces de sang. Dupuytren détache avec le doigt une portion de la tumeur qui remplit le kyste. Pendant la journée, il ne survient pas d'hémorragie; pour prévenir l'infection putride, on fait des injections de quinquina avec la seringue à jet continu et l'on prescrit des gargarismes au miel rosat. Dix jours après l'opération, il y avait une amélioration sensible: les parois du kyste s'étaient affaissées. Le 9 juillet, malgré la persistance de l'écoulement putride, la santé était bonne; Dupuytren introduisait le doigt à chaque pansement dans l'intérieur du kyste pour détruire de plus en plus le tissu qu'il contenait, il en détachait aussi quelques morceaux plus denses qu'auparavant, soit que la tumeur fût composée de plusieurs parties, soit que l'induration se fût emparée du tissu primitif. A chacune de ces manœuvres il sortait assez peu de sang; toutefois, la répétition de ces petites pertes affai-

blissait la malade ; il fallut y renoncer, on fit les injections avec la décoction de quinquina ; la suppuration, fétide et sanieuse, était déjà trop énervante ; la diarrhée survint ; la débilité était telle qu'à peine l'enfant pouvait se remuer dans son lit. On eut beaucoup de peine à conjurer ces fâcheux symptômes. Le 23 juillet il y eut de l'amélioration ; le 30, la malade put se lever quelques heures, la suppuration était blanche et de bonne nature ; le kyste perdait peu à peu de son volume ; il était devenu dur et depuis longtemps on ne pouvait plus déprimer sous le doigt sa paroi externe. Le mois d'août s'écoula sans changement notable, le kyste ne diminuait que très lentement, et Dupuytren, qui d'abord avait espéré une résolution complète, en était revenu au dessein d'attaquer de nouveau le tissu renfermé dans le kyste. Il attendait pour cela que l'enfant eût recouvré plus de forces ; mais celles-ci ne revenaient pas, la petite malade languit tout le mois de septembre et mourut à peu près épuisée dans le courant d'octobre.

Autopsie. — Le kyste avait encore environ les deux tiers de son volume primitif ; la peau enlevée, on reconnut que le plancher inférieur de l'orbite était soulevé, aplati ; le canal lacrymal retréci, mais libre, se dirigeait presque transversalement de droite à gauche. La voûte palatine était amincie et réduite en quelques points à l'état membraneux. La tumeur séparée des autres os et sciée, on fut surpris de la rencontrer vide ; une sorte de muqueuse, épaisse d'une demi-ligne, en tapissait l'intérieur : *la cavité était retrécie par le développement de cellules énormes, analogues à celles de l'ethoïde, mais beaucoup plus vastes, creusées entre la paroi externe et la paroi interne du kyste.* La paroi externe était dure et avait bien une demi-ligne ou plus d'épaisseur. La paroi interne et les parois des cellules étaient minces, fragiles, papyracées. Les fosses nasales étaient tout à fait rejetées dans l'épaisseur de la joue gauche, déformées, retrécies ; aussi l'enfant dormait presque toujours la bouche ouverte.

OBSERVATIONS N° 9.

Kyste multiloculaire de la mâchoire inférieure contenant un corps d'apparence fibrineuse nageant dans la sérosité ; résection, guérison, infirmité consécutive.

Marie Deligne, âgée de 24 ans, est née de parents parfaitement

sains. Elle-même n'a jamais eu de maladie, qu'une variole légère ; elle est très robuste ; et depuis neuf ans qu'elle est à Paris, sa bonne constitution n'a reçu aucune atteinte ; mais son intelligence est très obtuse, ce qui explique l'insuffisance de l'historique que nous allons tracer.

Il y a environ quatre ans, elle fut prise au côté de la mâchoire inférieure d'un mal de dents, dont elle ne peut, par aucun détail, préciser l'importance. Tout ce qu'elle en peut dire, c'est que depuis lors, seulement, la mâchoire resta un peu grosse au niveau des dents qui avaient souffert. A partir de ce moment, n'éprouvant plus de douleur, elle n'a en quelque sorte pas assisté à sa maladie. C'est à peine si elle s'est aperçue de la chute d'une de ses molaires, quand elle en a perdu toute une rangée. Pour elle, son affection ne date que de trois semaines, parce que, à cette époque, son attention a été réveillée par des élancements violents, qui ont commencé à se faire sentir au même point de l'os, et que le volume, peu sensiblement augmenté, en est rapidement arrivé à ce qu'il est aujourd'hui.

17 avril 1839. — On observe à la base de la joue droite une saillie anormale qui en occupe uniformément presque toute la longueur. Bien qu'elle n'excède pas de plus de six lignes, soit en dehors, soit en bas, le contour régulier du visage, elle ajoute encore, surtout par l'allongement de la face, à la stupidité de la physionomie. — Les téguments qui la recouvrent conservent leur aspect et leur mobilité naturelle ; au doigt, elle offre une résistance solide ; en un mot, le toucher confirme à l'extérieur ce que l'œil soupçonnait, qu'elle est due au gonflement du corps du maxillaire inférieur. — A la place des quatre dernières molaires tombées, s'élève une tumeur fongueuse, rouge cerise, en général, grisâtre, inégale et sanieuse en certains points, spécialement au centre, comme enchatonnée par une ellipse de gencive qui paraît tout-à-fait saine ; sa couleur tranche brusquement sur celle de cette membrane. Elle est insensible à la pression et au stylet, traversée par des élancements qui ne remontent pas vers la racine du nerf dentaire, d'une odeur infecte ; elle ne fournit et n'a presque pas fourni d'humeur, et jamais de sang. Quelques chairs mortes en ont été détachées par un médecin, une fois ou deux, sans douleur, et à l'aide du doigt seulement. Le corps de l'os

offre dans toute sa hauteur un développement considérable : sa mesure, prise d'une face à l'autre, entre le pouce et l'index, comme avec un compas d'épaisseur, est double de celle que donne le côté opposé à l'endroit correspondant. En dehors, un boursoufflement dur refoule la joue ; en dedans, la langue l'est aussi, mais d'une manière moins marquée. Quant au bord inférieur, il est manifestement épaissi et bosselé.

La mastication ne se fait plus que du côté sain ; les fonctions de la bouche ne sont pas autrement troublées. L'état général, qui serait excellent sans l'insomnie causée par les élancements, et la vigoureuse constitution du sujet, qui n'est en rien détériorée, ne sont pas de nature à donner l'idée d'une lésion organique de quelque gravité, et cependant, elle est mortelle, si on l'abandonne à elle-même. M. Velpeau pratique donc la résection, le 19, de la manière suivante :

Incision semi-elliptique des téguments, qui commence au bord libre de la lèvre inférieure, entre la symphise et le trou mentonnier, passe dans son milieu à la hauteur de la bifurcation de la carotide, et finit en avant et un peu au-dessous du conduit auditif externe. La dissection de la peau comprise dans la courbe de l'incision met à nu la tumeur. Ligature des trois artères sous-mentale, faciale et transversale de la face. — Section de l'os avec la scie en crête de coq, au bord antérieur du masséter, avec la scie cutellaire, un peu en dedans du trou mentonnier. Chacune de ces deux coupes est achevée à l'aide du ciseau et du maillet ; mais surtout à l'aide du ciseau engagé dans la voie de la scie, et agissant comme un levier du premier genre. Une fois séparée de la continuité de l'os en avant et en arrière, la tumeur a été en deux coups de bistouri détachée des parties molles de la bouche. — La malade a poussé un cri perçant au moment où, dans le premier trait de scie, l'instrument a touché le nerf dentaire ; pendant tout le reste de l'opération, pas une seule plainte. — Suture entortillée des deux extrémités de la plaie, dont le centre est maintenu béant avec une petite mèche. Bandelettes de diachylon, linge troué, charpie, etc. ; diète, tilleul, potion calmante.

La pièce anatomique, dépouillée de son périoste épaissi, est rougeâtre et comme ecchymosée en certains points ; on voit que l'os a été comme boursoufflé, et forme une coque assez volumi-

neuse, plus saillante en dehors qu'en dedans, les deux faces en sont encore assez résistantes au pourtour, mais d'une minceur extrême au centre, où se remarquent un nombre infini de trous de de grandeur variable, depuis 3 à 4 lignes de diamètre, jusqu'à la plus petite dimension possible. Ces ouvertures sont irrégulières et closes par des membranes demi-transparentes; des traverses grêles, diversement découpées, les séparent et forment comme les barreaux de cette espèce de vitrage; de petites îles osseuses existent çà et là sur ces pellicules. A la coupe antérieure, le trait de scie est tombé dans une cavité qu'il a entamée, en lui pratiquant un orifice irrégulier de 4 à 5 lignes de diamètre. Par cette ouverture, on aperçoit dans l'ampoule osseuse une tumeur grisâtre, d'aspect fibreux, qui ne la remplit pas entièrement; la coupe postérieure a porté en deçà de la coque; elle est à peu près perpendiculaire et de 18 lignes de hauteur sur 15 d'épaisseur. Elle présente à l'union du tiers externe et des deux tiers internes, et à égale distance des deux bords, l'orifice du canal dentaire, et *partout des cellules agrandies, à parois hypertrophiées, et comme éburnées. Elles sont occupées par les racines multipliées de la tumeur intérieure,* qui se prolongeaient évidemment dans la portion conservée du maxillaire. Au bord alvéolaire, au lieu de ce fongus, dont la couleur rouge cerise tranchait si vivement sur celle de la gencive, avant l'opération, on ne trouve plus qu'une substance affaissée, grisâtre, changement qui s'explique par celui qui s'est fait dans les capillaires du produit morbide.

Au bord inférieur, pas d'autre altération que son élargissement et ses bosselures. Une coupe longitudinale y est pratiquée avec avec une scie fine, et les deux côtés de l'os, comme articulés à l'arcade dentaire par la gencive, jouent l'un sur l'autre, à la manière de deux pièces d'une coquille bivalve, et permettent, en s'ouvrant, l'examen facile de la tumeur intérieure; elle est piriforme, et de ses racines tronquées par l'opération, elle s'élève obliquement en dedans et en avant, et vient confondre sa base au cercle général signalé, s'y soude si intimement, qu'il semble qu'il y ait continuité de tissu. D'ailleurs, elle ne tient que faiblement à son enveloppe solide. C'est un kyste d'où s'écoule, à l'incision, une notable quantité d'un liquide citrin, et contenant, en outre, une petite masse arrondie du volume d'une grosse ave-

line, adhérente à la gencive par une partie rétrécie, libre et baignant dans le liquide par le reste de sa surface, disposition qui rappelle celle du fœtus dans ses membranes. Le kyste se dilate sur un pédicule de 2 à 3 lignes de diamètre, qui engage, comme il a été dit, ses racines en arrière, à travers les cellules osseuses; *il est évidemment fibreux et tapissé par une membrane muqueuse en apparence.* La petite masse qu'il renferme est d'un rose assez vif interrompu par des bosselures bleuâtres qui paraissent dues à des veines. Unie par de fausses membranes fibrineuses au goulot gengival du kyste, elle l'obture ainsi complétement et communique seule avec la bouche. Au premier coup d'œil, elle a été jugée de nature encéphaloïde; mais elle me semble constituée par des caillots fibrineux organisés, au sein desquels des pelotons veineux se sont développés. Elle est comme criblée de petits épanchements de sang. — 19 mars. Après l'opération, la malade se trouva assez bien; seulement elle éprouva de la soif, qu'on apaisa incomplétement, il est vrai, à l'aide d'un biberon; il y eut aussi de l'insomnie. Les cinquième et sixième jour après l'opération, on ôte les épingles et bandelettes agglutinatives; il reste une petite plaie qui se rétrécit de plus en plus, et par laquelle il sort une petite esquille au bout de vingt jours. La plaie donne passage à un peu d'air et de salive; le menton se dévie du côté opéré.

Le trentième jour, une nouvelle esquille s'est détachée; le quarantième, la cicatrice est complète, très belle en dehors, où elle est presque linéaire; dans la bouche, elle est inégale et comme bosselée, mais sans mauvais aspect; d'ailleurs, l'extrémité tronquée de la branche de la mâchoire se porte fortement en dedans et en haut, au point que la face externe de l'apophyse coronoïde est devenue antérieure et regarde un peu en bas. La symphyse est tellement entraînée à droite, que les deux arcades dentaires du côté sain ne se correspondent presque plus. C'est à peine si les tubercules externes des deux dernières molaires inférieures touchent encore, d'une manière inexacte et incomplète, les tubercules internes des molaires supérieures homologues; d'où il suit que le broiement des aliments solides est désormais impossible.

La malade est sortie le 10 mai, cinquante jours après l'opéra-

tion. (*Bulletin. Société anatomique*, 14, page 348. Observ. de M. Morel.)

OBSERVATION N° 10.

Kystes multiples développés dans la mâchoire inférieure, désarticulation et résection de la moitié de cet os. Guérison.

La femme Gervais âgée de 38 ans, entre à l'hôpital de la Pitié, en avril 1839, bien réglée, forte constitution, mère de trois enfants, est affectée d'une tumeur volumineuse à la mâchoire inférieure. L'origine de la maladie remonte à quinze ans ; à cette époque, la carie exigea l'avulsion de quatre dents ; après l'opération il survint une fluxion douloureuse qui persista quelque temps. Il survint alors une tumeur correspondante aux dents molaires qui furent arrachées. La moitié gauche de l'os maxillaire devint le siége d'un gonflement qui alla croissant, constamment endolori ; il devenait douloureux sous l'influence d'inflammations érysipélateuses qui se reproduisirent plusieurs fois, surtout dans les derniers temps, et imprimèrent une marche plus rapide à la maladie. La tumeur dont le volume égale celui de la tête d'un enfant, s'étend de l'os de la pommette au tiers inférieur du cou. D'autre part, elle s'étend de la première molaire droite à une ligne passant au-devant de l'apophyse mastoïde et des apophyses transverses des premières vertèbres cervicales. La partie supérieure de la carotide primitive, les artères carotides internes et externes, sont couvertes par la tumeur, qui plonge en dedans jusque sur le pharynx qu'elle refoule en arrière. Les trois quarts du diamètre transverse du plancher de la bouche, sont envahis par la tumeur ; la langue est déjetée en arrière et à droite contre la joue. En portant le doigt dans le pharynx, la membrane muqueuse, dans les points de cet organe en contact avec la tumeur, paraît au toucher plus veloutée, comme tomenteuse. L'articulation temporo-maxillaire a conservé l'intégrité de ses mouvements, qui sont seulement plus bornés ; la déglutition est pénible ; la respiration n'est pas gênée ; la surface de la tumeur offre sous la peau des veines variqueuses. On y sent des pulsations dans la direction des artères sous-cutanées augmentées de volume ; en plusieurs endroits les téguments amincis adhèrent aux tissus sous-jacents.

Vers le centre de la tumeur, existe une ulcération d'un pouce environ, par laquelle s'écoule une matière séro-purulente, surtout quand on comprime à l'entour, elle a succédé à l'ouverture spontanée d'un abcès développé depuis six semaines; à la partie inférieure, la peau du cou est soulevée suivant la direction du sterno-mastoïdien dévié de sa position. La tumeur présente trois bosselures volumineuses séparées par de légers enfoncements, la fluctuation est manifeste au toucher çà et là, près de ces points les tissus se laissent déprimer sans crépitation. Le 30 juillet 1839, Lisfranc procède à l'opération ; il résèque l'os sur l'alvéole de la première molaire droite et désarticule le condyle correspondant. Le lambeau obtenu pas la dissection des téguments est maintenu en contact avec la circonférence de la plaie, par trente-deux points de suture entortillée.

La malade sortit guérie de la Pitié, où une fistule, due à la gangrène de la partie inférieure du lambeau dans une étendue de deux pouces, la força de prolonger son séjour au delà du temps nécessaire à une guérison sans accidents. Cette femme fut présentée à l'Académie de médecine.

Anatomie pathologique. — La tumeur est ovalaire, elle a sept pouces de diamètre antéro-postérieur, et cinq de diamètre vertical, sa circonférence est de quatorze pouces.

La muqueuse est épaissie, dure, le tissu des gencives, hypertrophié, a une consistance et un aspect fibreux : en plusieurs points il est blanc-jaunâtre, comme granulé, et assez analogue à la substance tuberculeuse en voie de ramollissement; après ablation des parties molles, on trouve une coque osseuse interrompue par de larges intestices membraneux qui la remplacent en quelques endroits. Le corps et la branche de l'os sont indistinctement continus, et forment un énorme ovoïde : le col du condyle et le sommet de l'apophyse coronoïde, le premier aminci et ramolli, le dernier mobile sur sa base confondue dans le reste de la tumeur, sont seuls reconnaissables et en saillie ; le sommet de l'apophyse porte l'extrémité tendineuse du temporal.

Le périoste est mou, très mince et glisse sur le tissu osseux, auquel il semble à peine adhérer.

Au niveau des intestices fibreux de la coque d'enveloppe, il existe une fluctuation manifeste.

La surface présente encore trois saillies répondant aux bosselures observées sous la peau, à l'ouverture de la coque on trouve en regard des trois bosselures, trois kystes de la grosseur d'un œuf, contenant dans leur intérieur, l'un une matière mélicérique mélangée d'une substance grumeuse, athéromateuse, les deux autres une sanie visqueuse rougeâtre, semblable au pus d'une arthrite. Ces kystes sont constitués par une membrane fibreuse, transparente en quelques points, plus épaisse dans d'autres, annonçant par sa couleur rougeâtre celle du liquide qu'elle contient; les plaques osseuses qui recouvraient ces kystes adhéraient à leur surface externe par des prolongements fibreux; aux extrémités du petit diamètre de la tumeur, l'amincissement de l'os est moindre, on y voit, à la surface interne des plaques osseuses, des demi-cellules dont l'autre moitié a été brisée par les diverses coupes anatomiques. On y remarque de plus une infinité de petites cavités cloisonnées par des parois ostéo-fibreuses, contenant des petits kystes à parois membraneuses, remplies d'un liquide grisâtre et visqueux, la presque totalité du centre de la tumeur est formée par l'agglomération de ces petites poches enkystées.

Une dissection attentive permet de voir manifestement la membrane formant un de ces kystes se continuer d'une cellule dans une voisine par un pertuis étranglé; de sorte que plusieurs kystes paraissaient tapissés d'une membrane commune, les kystes volumineux seuls étaient isolés. (Forget, *thèse* 1840.)

OBSERVATION N° 11.

Cavité close multiloculaire du maxillaire inférieur contenant des tumeurs fibro-plastiques et du liquide séro-hématique.

M. *Pibret* montre une tumeur du maxillaire inférieur, constituée par des kystes multiples, et par du tissu fibro-plastique.

Émélie Lacorne, âgée de 57 ans, couturière, rue de Périgueux, 5, est entrée le 17 novembre à l'hôpital de la Pitié, salle St-Jean, n° 17. Elle est d'un tempérament lymphatique, et jouit d'une constitution bonne, qui ne paraît pas avoir été détériorée par la maladie qui l'amène à l'hôpital. La peau est pâle, très légèrement colorée en jaune, teinte qui ne ressemble en rien à

celle qui accompagne les maladies cancéreuses. Elle n'a eu aucune affection antérieure de quelque importance.

Il y a six ans, une tumeur de la grosseur d'une noix s'est manifestée, sans autre cause appréciable, vers l'angle de la mâchoire inférieure du côté droit; cette tumeur s'accompagnait de quelques élancements : elle est restée deux ans stationnaire. Dans le courant de la troisième année, elle s'est un peu étendue en avant et a donné lieu à de violentes douleurs dans la région auriculo-temporale. Il semblait, dit la malade, que ma tempe allait s'ouvrir. Les mêmes douleurs ont continué pendant les trois années suivantes, en augmentant, toutefois, un peu d'intensité. Elles sont devenues intolérables dans le courant de la sixième année, surtout dans les deux mois qui ont précédé l'entrée de la malade à l'hôpital. En même temps la tumeur prenait un accroissement de plus en plus alarmant; la mastication n'était plus possible. Quelques coups de bistouri dans le côté atteint ne faisaient sortir que du sang, mais amenèrent un peu de soulagement. Si l'on joint à ces ponctions l'application d'un vésicatoire derrière la mâchoire, on aura tous les moyens de traitement qui ont été employés jusqu'au 17 novembre, époque de l'entrée du sujet à l'hôpital de la Pitié.

Cette femme porte au côté droit de la face, une tumeur arrondie, assez régulière, qui s'étend depuis la racine du pavillon de l'oreille jusqu'aux cornes de l'os hyoïde, et transversalement depuis l'angle droit du maxillaire inférieur jusqu'à la dernière incisive gauche. Le sommet de la tumeur se trouve à peu près à égale distance de l'articulation temporo-maxillaire et de l'angle de la mâchoire. Outre la moitié droite du maxillaire inférieur et la région correspondante, elle occupe encore tout le côté droit de la région sus-hyoïdienne, où l'on constate une sorte de saillie secondaire, très dure, qui offre en certains points une consistance osseuse.

Les deux plus grands diamètres, vertical et horizontal, sont de 19 centimètres.

Dans toute l'étendue de la tumeur, la peau est un peu plus colorée que du côté gauche, toutefois sans développement apparent des veines sous-cutanées. L'enveloppe tégumentaire est mobile sous les parties sous-jacentes, distendue, surtout au

sommet, où l'on perçoit une fluctuation très sensible dans l'étendue de quatre centimètres carrés à peu près. Un autre point fluctuant se rencontre à droite du menton. Lorsqu'on presse sur ces points pour percevoir la fluctuation, la malade sent venir dans la bouche un liquide visqueux, écumeux, de coloration rouge brunâtre. Dans la nuit, ce liquide gagne spontanément l'intérieur de la bouche, où il se manifeste par une très mauvaise saveur. L'articulation temporo-maxillaire est intacte; derrière l'angle de la mâchoire, on sent très distinctement un ganglion engorgé de la grosseur d'une olive. En examinant l'intérieur de la bouche, on voit le rebord alvéolaire droit très élargi; il se présente sous la forme d'un ellipsoïde, allongé depuis la canine gauche jusqu'à son extrémité supérieure; son plus grand diamètre transversal est de quatre centimètres; il est rosé, présente une dépression bordée de saillies bourgeonnantes de la même couleur. Cette dépression correspond aux dents molaires supérieures dont les deux dernières sont tombées; en même temps, le rebord alvéolaire supérieur qui les logeait s'est déjeté en dedans, et il apparaît sous forme d'un bourrelet rosé et un peu plissé.

Les dents qui restent encore sur le rebord du maxillaire inférieur que nous décrivons, sont, à partir de la canine gauche exclusivement, au nombre de huit, savoir : les quatre incisives, la canine droite et les deux premières molaires, qui forment une sorte de groupe irrégulier plus avancé en avant et en dehors que les supérieures correspondantes, excepté les deux molaires, qui sont plus déjetées en dedans et en arrière, les molaires supérieures correspondantes venant se loger dans la dépression signalée plus haut, qu'elles ont contribué à former. C'est en arrière de la dépression, et à près de trois centimètres de distance de la seconde molaire inférieure que se trouve la dernière.

La rainure génio-gingivale n'est nullement altérée ; seulement, à cause de la saillie du rebord alvéolaire droit, ce sillon est beaucoup plus profond qu'à l'état normal.

La face interne des gencives est arrondie, saillante, déprimant le bord droit de la base de la langue, dont le filet est un peu déjeté à gauche. La saillie de cette face interne des gencives fait, avec la langue, un sillon longitudinal très profond, qui conduit le

doigt jusque sur la face antérieure du voile du palais. A la partie tout à fait postérieure de cette face gingivale, on sent de la fluctuation.

L'haleine de la malade est fétide, sa voix altérée, et prenant un peu le caractère zézayant.

Pendant le sommeil, la salive s'écoule hors de la bouche.

Les mouvements d'élévation et d'abaissement du maxillaire inférieur répondent douloureusement dans l'articulation temporo-maxillaire.

La mastication est tout à fait impossible depuis au moins deux mois ; la malade est obligée de se nourrir avec de la soupe et des substances molles. Depuis son entrée à l'hôpital, elle éprouve moins fréquemment ces douleurs violentes d'oreilles et ces piqûres d'épingles qui se renouvelaient souvent lorsqu'elle s'exposait au froid. La salivation est augmentée. Les veines superficielles du côté droit du cou sont plus développées que celles du côté gauche : la respiration n'est pas gênée d'ailleurs.

Opération, *le* 22 *novembre*. — Après avoir fait coucher la malade, on la chloroformise pour le premier temps de l'opération. Une incision, partant du bord de la région parotidienne, longe verticalement le bord postérieur de la branche, près le corps du maxillaire inférieur droit ; une seconde incision vient tomber perpendiculairement sur la précédente, en partant du bord libre de la lèvre inférieure, à un demi-centimètre du milieu de ce bord libre. La dissection, en haut et en bas, met à nu la surface externe arrondie de la tumeur. En même temps, on dénude une petite partie de la face antérieure du corps du maxillaire, à gauche ; puis, après avoir arraché la seconde incisive gauche, on passe la scie à chaîne en arrière, et la division de l'os est pratiquée de telle façon, que le bord de la moitié gauche restante ne répond pas à la section de la peau. A partir de ce moment, le sommeil avait tout-à-fait cessé.

Le lambeau ayant été relevé, un bistouri a été conduit le long de la rainure comprise entre la base de la langue et la face interne de la tumeur. Quelques ligatures ont été appliquées.

La tumeur se trouvait ainsi à découvert depuis sa limite inférieure jusqu'à la racine de l'apophyse coronoïde et du condyle. Au-dessous de ce point, l'os a été scié de dehors en dedans avec une

petite scie à phalange. Lorsque la scie est arrivée dans le voisinage de la face interne du maxillaire, il s'est échappé un liquide brunâtre, visqueux, ayant une nuance chocolat : ce qui a indiqué que l'instrument était tombé au milieu d'une cavité creusée dans la substance osseuse. Toutefois, la section commencée a été achevée : ce qui a permis d'enlever la plus grande portion de la tumeur.

La partie restante a ensuite été isolée le plus possible des parties molles, et, pour cela, on a détaché le muscle temporal du sommet de l'apophyse coronoïde, ainsi que le ptérygoïdien interne, vers la base de cette apophyse : quelques ligatures ont dû être faites, puis la scie à chaîne a été passée autour du col du condyle au moyen de l'aiguille de Deschamps, et ce col a été immédiatement divisé.

L'ablation des parties malades était, de cette façon, tout-à-fait complète. Les sections cutanées ont été réunies exactement à l'aide de la suture entortillée; toutefois, à la partie déclive, un petit espace a été laissé pour fournir aux humeurs un écoulement facile : c'est aussi dans ce point qu'ont été réunis tous les fils.

La tumeur enlevée est plus volumineuse qu'un œuf de dinde; la face externe et postérieure est plus bombée que la face interne; sur celle-ci se voient des insertions musculaires appartenant au ptérygoïdien interne, au mylo-hyoïdien, et, plus en avant, tout-à-fait derrière l'extrémité antérieure, les débris du digastrique, et des muscles qui s'insèrent aux apophyses géni.

Au-dessous de ces muscles, l'os est déformé, irrégulier, présentant des saillies et des dépressions anormales. Près du bord inférieur, et à un centimètre et demi, derrière les apophyses géni, se trouve un point fluctuant qui, ponctionné, donne issue à un liquide dont je parlerai plus tard. On voit qu'en cet endroit la paroi osseuse se trouve remplacée par *une portion membraneuse qui n'est que le périoste* contribuant à former la limite d'un des kystes qui seront décrits.

Sur cette face interne, et tout-à-fait en avant, se remarque la coupe parfaitement saine du maxillaire inférieur.

A la face externe de la tumeur, on observe quelques saillies d'où le scalpel fait aussi sortir du liquide. Des vestiges musculaires recouvrent sur cette région quelques saillies osseuses irré-

gulières ; le bord inférieur est élargi, et se confond insensiblement avec la face externe.

Le bord gingival est devenu une surface très large ; on n'y trouve plus trace de paroi osseuse ; il ne reste que le périoste qui, même en un point, est perforé pour donner issue à un champignon d'une substance que nous verrons être du tissu fibro-plastique. L'extrémité antérieure de la pièce est formée par la partie du maxiliaire inférieur, qui supporte les quatre incisives, dont la seconde, à gauche, a été enlevée dans le courant de l'opération. Ces dents sont assez solidement implantées, bien que leurs racines correspondent à une des nombreuses cavités cystiques intérieures. Les dents suivantes, la canine droite et les deux premières molaires, sont fichées au milieu d'une substance que le microscope a démontrée aussi de nature fibro-plastique. Enfin, la dernière molaire se trouve également logée dans la même substance, et surmonte une autre cavité.

Derrière cette molaire s'observe un orifice irrégulièrement circulaire, qui est l'ouverture faite par la scie, et signalée plus haut.

Si l'on adapte à la tumeur le morceau osseux qui est résulté de la seconde section, on voit que la cavité cystique, à laquelle aboutit cet orifice, s'étendait jusqu'à la portion interne de l'apophyse coronoïde, qui présente en dedans, à peu près vers le milieu de sa hauteur, une sorte d'apophyse horizontale, acuminée, à bords presque tranchants : tel est l'aspect intérieur de la tumeur.

Une coupe longitudinale, pratiquée dans toute la hauteur, permet de voir plusieurs cavités de volume très inégal, creusées çà et là dans l'épaisseur du maxillaire. Ces cavités sont anfractueuses, irrégulières : quelques-unes communiquent entre elles, d'autres sont isolées.

La plus grande, qui est la plus postérieure, pourrait renfermer une assez grosse noix : quelques-unes contiendraient un haricot. Les parois de ces cavités sont lisses à l'intérieur, froncées dans quelques-unes ; *la membrane interne repose en partie sur des lamelles osseuses* plus ou moins ténues. Il est de ces cavités où la membrane interne n'est doublée, dans une assez grande étendue, que de périoste ; ainsi à la partie antérieure et inférieure de la

tumeur. Dans ce point, en effet, on sentait une fluctuation parfaitement évidente.

La portion supérieure de la tumeur, c'est-à-dire celle qui correspond au rebord alvéolaire élargi, est tout entière formée par une masse grisâtre tout-à-fait semblable à de la matière cérébrale qui commence à se ramollir, cette masse elle-même enkystée, en grande partie, dans des parois osseuses très distinctes d'où il serait très facile de l'énucléer.

Cette substance envoie d'un autre côté, entre les diverses poches, des prolongements plus ou moins épais qui concourent, dans certains points, à enfermer les parois, et même des champignons qui font saillie dans leur intérieur. La paroi interne de la poche principale est presque tout entière formée par ce tissu, au milieu duquel se trouve seulement une lamelle osseuse : c'est à travers cette couche de tissu fibro-plastique qu'on percevait la fluctuation au sommet de la tumeur, en haut et en dehors.

Je dois à M. Denucé la détermination microscopique de cette substance. Malgré sa ressemblance avec le cancer, on n'y a pas trouvé une cellule cancéreuse : elle est tout entière fibro-plastique.

Le liquide contenu dans la plus grande loge, était brun noirâtre, d'apparence et de nature hématiques. Quant à celui des autres kystes, il était blanchâtre, un peu filant, renfermant des cristaux de cholestérine, des globules purulents, et une matière muqueuse amorphe. Le kyste principal était tapissé d'une couche épithéliale à cellules pavimenteuses.

Le nerf dentaire peut être suivi, dans les deux moitiés de la tumeur, depuis l'orifice supérieur du canal dentaire presque jusqu'au trou mentonnier, qu'on ne peut guère démontrer, à cause de l'altération de l'os ; mais on voit, toutefois, en suivant le nerf aussi loin que possible, pour ne pas altérer la tumeur, qu'il descend de manière à sortir à peu près à l'endroit ordinaire.

M. *Denucé.* — Cette pièce, que j'ai examinée avec soin, m'a paru intéressante à plusieurs titres :

1° Sur le vivant, elle ne présentait aucun des symptômes des kystes des os, ni la dureté osseuse périphérique, ni le bruit de

parchemin, ni la fluctuation franche dans toute son étendue ; on aurait donc pu la prendre pour une tumeur d'une nature cancéreuse, si l'on n'avait tenu compte des antécédents et de l'état général de la malade.

2° Le kyste était multiloculaire. Cette forme n'est pas commune dans les os; on en trouve cependant quelques exemples; un, entre autres, très remarquable, dans lequel la lésion occupait toute l'étendue du fémur, et qui est rapporté dans l'ouvrage de M. Nélaton.

3° Une substance solide, très épaisse en certains points, vient s'interposer aux différents kystes, et constituer, dans quelques-uns d'entre eux, de véritables champignons très volumineux. — Ce fait de la présence de matériaux solides dans les parois ou les cavités des kystes des os n'est pas chose rare ; les auteurs ont surtout mentionné le tissu fibreux et le tissu cartilagineux comme formant ces portions solides de la tumeur. — Dans le cas actuel, nous n'avons rencontré que du tissu fibro-plastique, et sous cette forme qui ne permet pas de doute sur la composition de la masse. Outre ces éléments épars, noyaux et cellules fusiformes très reconnaissables, il existait quelques cellules mères à plusieurs noyaux, et, surtout, de grandes masses de tissu fibro-plastique, dans lesquelles les corps fusiformes, placés bout à bout et entrelacés, semblent ainsi retenus par une substance unissante. On remarquait, en outre, quelques éléments fibreux, mais en très petite quantité.

4° Le contenu des kystes était un peu variable. Outre une substance filante, commune à toutes les poches, et qui n'a pas de caractères microscopiques, il existait un grand nombre de globules sanguins, dans les uns, qui donnaient au liquide une teinte hématique ; un grand nombre de globules de pus dans d'autres, trace d'une inflammation récente ; dans tous des corpuscules inflammatoires et des cristaux cholestérins. — Un fait très digne d'attention, c'est que la cavité interne, au moins de deux de ces kystes, et notamment du plus considérable, était tapissée d'un épithélium nucléaire sphérique très reconnaissable, quoique peu abondant, et ayant en quelques points, complétement revêtu la forme de cellules épithéliales. Ce dernier fait nous a paru très intéressant et rattache la formation de ces kystes à des cavités

naturelles dans l'organisme ; et si l'on songe : 1° que, par la position de la tumeur, ces cavités ne peuvent être que dépendantes des follicules dentaires; 2° que, dans le cas actuel, la racine de plusieurs dents aboutissaient aux diverses cavités, surtout celle de la dernière molaire à la grande poche, dans laquelle l'épithélium était le plus évident; 3° que les kystes des os affectent presque toujours l'un ou l'autre des maxillaires, on sera porté à conclure que ces kystes se forment aux dépens de follicules dentaires, ou, au moins dépendent de l'évolution des dents.

(*Bullet. de la Soc. anat.* 27).

OBSERVATION N° 12.

Tirée du *Mémoire* de M. Forget (Société de chirurgie 1852).
Cavités closes multiloculaires, tumeur volumineuse du maxillaire inférieur.

Fille de 15 ans, entrée dans le service de M. Jobert, en février 1852. La tumeur a commencé à l'âge de 9 ans à 11 ans; on a arraché trois molaires, la tumeur n'en a crû que plus vite. Aujourd'hui, occupant la moitié gauche du maxillaire inférieur, elle est indolore, arrondie, grosse comme un œuf d'autruche, et suit les mouvements de la mâchoire. A la fin de mars, M. Jobert enlève la moitié du maxillaire; la cicatrisation du lambeau était presque achevée, lorsqu'au dixième jour la malade succombe à des accidents cholériques. *Examen de la tumeur.* C'est une coque osseuse interrompue par des espaces membraneux, reliant entre eux des plaques fort minces de tissu compacte ; une dent plonge dans le kyste et baigne dans le liquide filant et visqueux qu'il contient; à la face interne du kyste, on voit un grand nombre d'aréoles incomplètes, mais aux extrémités de l'ovoïde, la disposition aréolaire est incomplète, là l'écartement des deux tables de l'os est moindre ; ces aréoles sont tapissées d'une membrane grisâtre, vasculaire; des lambeaux se détachent de l'intérieur de la coque.

Voici enfin une observation de M. Huguier, je la place en dernier lieu, parce que la confusion qui règne encore au sujet des exostoses creuses, jointe à l'absence de certains détails dans la description anatomique, et au savoir re-

connu du chirurgien, qui a vu dans ce cas une exostose spongieuse du sinus maxillaire, me font hésiter à la considérer comme composée de cavités closes kystiques, encore peu développées. Elle doit rentrer dans notre sujet à mon sens, mais je comprends très bien que la place que je lui assigne puisse lui être contestée. Ces difficultés n'existeraient pas si l'on s'entendait parfaitement sur la définition de l'exostose, et sur celle du kyste.

OBSERVATION N° 13.

Cavité close multiloculaire du sinus maxillaire droit. — Ablation de la tumeur. Guérison.

Fille de 16 ans, entrée le 5 septembre 1842, dans le service de M. Huguier, hôpital de l'Ecole; il y a 6 ans, chute sur le nez, hémorrhagie et forte commotion. Pendant les six premiers mois, douleurs sourdes dans les dents molaires supérieures droites, sans changement appréciable dans la face ou dans la bouche. Mais à cette époque, il se montre une tumeur dans la fosse canine entre la joue et les molaires; tumeur dure peu douloureuse, accompagnée d'une fluxion qui se dissipe. Puis cette tumeur se développe lentement, mais sans interruption; chaque année, des fluctions passagères. Plus tard, on crut reconnaître de la fluctuation en haut et en dehors, une ouverture spontanée se fit au-dessous de la commissure externe des paupières; elle donna issue à un peu de liquide et se referma bientôt. Ebranlement et chute spontanée des dents correspondantes à la tumeur.

A l'entrée de la malade à l'hôpital : tuméfaction considérable du maxillaire supérieur droit; arrondie, dure, sans fluctuation, non dépressible, indolente, sans altération de la peau ; l'os jugal est déjeté en haut et en dehors; le plancher de l'orbite est refoulé en haut; exophthalmie; larmoiement, troubles de la vue, le nez est déjeté à gauche. Dans l'intérieur de la bouche, on voit : le bord alvéolaire droit, épaissi, abaissé, déjeté en dehors et en avant. Les dents, à l'exception de la première incisive et des deux dernières molaires, manquent; la voûte palatine droite forme une

saillie considérable dans la bouche, qui se trouve ainsi rétrécie et déformée; pas d'engorgement des ganglions; état général parfait.

M. Huguier, incertain du diagnostic, présenta la malade à la Société de chirurgie, dont la plupart des membres crurent à un ostéosarcome.—Ablation de la tumeur, accidents consécutifs, et finalement guérison.

Examen de la pièce. — A l'extérieur, une enveloppe fibreuse qui semble être le périoste épaissi et vascularisé. Sous cette membrane existe une coque osseuse, épaisse de 1 à 2 millimètres, dont la surface extérieure est assez lisse. Cette enveloppe calcaire est formée par les parois du sinus maxillaire, dont on reconnaît çà et là, les caractères anatomiques et quelques traces des os avec lesquels il s'articule. La tumeur, divisée en trois parties, fait voir la disposition suivante : De la surface interne ou concave de cette enveloppe osseuse partent des cloisons, des demi-cloisons ou simplement des aiguilles stalactiformes qui la divisent en une foule de cavités ou aréoles secondaires, tapissées par une membrane fibreuse qui paraît n'avoir subi aucune altération organique ; cette membrane est d'un blanc grisâtre et présente des vaisseaux capillaires. Les alvéoles sont remplies d'un liquide lie de vin.

Dans les remarques qu'il a présentées sur les kystes multiloculaires, M. Forget n'a eu en vue que le maxillaire inférieur, et je n'ai pas trouvé ceux du maxillaire supérieur nettement signalés ; on voit cependant qu'il en existe deux exemples, si l'interprétation que j'ai donnée de ces deux faits est exacte. Mais le nombre des cas de cavités multiloculaires doit être nécessairement moins considérable pour le maxillaire supérieur que pour l'inférieur, si l'on admet le mode d'origine qu'a exposé M. Forget; car la quantité de tissu spongieux qui entre dans la composition de ces os, très considérable pour le second, est très restreinte pour le premier. L'opinion de M. Forget nous

paraît d'ailleurs suffisamment démontrée, et en faisant nos restrictions sur ce qu'on doit entendre par la membrane médullaire, nous pensons avec lui que les cavités multiloculaires sont constituées par les aréoles agrandies du tissu spongieux de l'os, à l'intérieur desquelles la membrane médullaire modifiée sécrète ce liquide d'aspect variable. Mais une des observations que nous avons rapportées nous porte à croire que quelquefois le tissu spongieux de l'os n'est dilaté que consécutivement à une maladie de l'alvéole.

Quand on aura à déterminer le diagnostic précis d'une tumeur kystique des mâchoires, c'est donc surtout pour le maxillaire inférieur qu'il faudra songer aux cavités multiloculaires.

Différentes en cela des cavités simples, des kystes alvéolo-dentaires et de quelques tumeurs enkystées, les cavités multiloculaires envahissent généralement une portion très étendue de la mâchoire, souvent tout un côté, et nous voyons qu'elles ont offert le volume du poing, d'un œuf de dinde, d'un œuf d'autruche. C'est là un caractère commun aux kystes multiloculaires en général ; mais peut-on en faire un signe différentiel, comme le voudrait M. Forget? (Mémoire, p. 235). On comprend sans peine pourquoi nous ne saurions y attacher quelque valeur.

A moins de circonstances particulières qui révèlent parfois la nature des maladies, sans qu'on puisse en faire pour cela des signes diagnostiques, on ne pourra, le plus souvent, arriver qu'à des *présomptions* pour les tumeurs dont nous parlons.

Le pronostic des cavités multiloculaires des mâchoires est plus grave que celui des cavités uniques pour deux raisons : une plus grande étendue de l'os est ordinairement atteinte ; le traitement ne saurait le plus souvent se

borner à celui des cavités simples, et la resection de l'os malade paraît le seul parti à prendre.

Cette rigueur de la thérapeutique nous paraît suffisamment justifiée par l'altération profonde qu'ont subie les os, par les considérations que nous pourrions emprunter au traitement des cavités multiloculaires des parties molles et par le résultat malheureux de la méthode suivie par Dupuytren dans notre première observation; mais nous devons nous hâter d'ajouter que le nombre des faits est encore trop petit pour qu'on puisse se prononcer définitivement à cet égard.

ARTICLE 5.

DES CAVITÉS CLOSES DES MACHOIRES, ENVISAGÉES AU POINT DE VUE DES PRODUITS QU'ELLES CONTIENNENT.

Nous venons de voir que les espèces précédentes contenaient du *mucus* ou de la *sérosité* avec les variétés que ces liquides peuvent offrir; nous avons aussi montré combien les dents sont fréquentes dans ces cavités.

Dupuytren et beaucoup d'autres auteurs mentionnent les hydatides dans les cavités des mâchoires ; j'avoue que je n'ai pu en trouver un seul exemple authentique, et me demande si les auteurs qui en parlent en ont réellement vu. Dupuytren (observation 4, de la clinique) a trouvé au fond d'un kyste du maxillaire inférieur une masse solide qu'il retira à l'aide de la curette, et qu'il crut parfaitement analogue à de l'adipocire.

CAVITÉS HÉMATIQUES DES MACHOIRES.

Dupuytren, dans sa quatrième observation, et M. A. Forget dans la deuxième de sa thèse, racontent qu'après l'in-

cision des cavités des mâchoires, il s'écoula un liquide *séro-sanguinolent*, mais ces observations ne permettent pas de savoir si ce liquide était bien hématique dans le kyste avant que l'opération ne l'eût mélangé de sang. Nous considérons au contraire comme une cavité hématique accidentelle le foyer qui contenait le flot de sang noir dont il est question dans la première observation de Dupuytren, observation que nous avons rapporteé en traitant des cavités multiloculaires. Il nous paraît probable aussi que le kilogramme de sang retiré, par M. Bermond, était logé dans une cavité accidentelle plutôt que dans le sinus (*Bulletin médical de Bordeaux,* 1841).

M. Velpeau (*Gazette des Hôpitaux,* 1847) a observé et diagnostiqué une tumeur hématique du maxillaire supérieur, mais il lui a reconnu pour siége le sinus. En résumé, les cavités accidentelles hématiques des mâchoires ont été bien rarement observées.

CAVITÉS CLOSES PURULENTES DES MACHOIRES.

Très rares aussi, à moins qu'on n'ait pris quelquefois un kyste pour le sinus. Dans la première observation du mémoire de Bordenave, sur les exostoses de la mâchoire inférieure, on voit sortir une sanie très fétide par l'alvéole d'une molaire qu'on vient d'extraire M. Forget (thèse) a donné ce fait comme un kyste purulent. J'avoue qu'il m'est resté des doutes après la lecture de l'observation originale. Voici un extrait des bulletins de la Société anatomique (t. XXII, p. 89) qui serait plus concluant s'il ne nous manquait des caractères importants, dont l'absence laisse dans le doute entre une cavité close et un abcès.

M. *Houel* fait voir un exemple d'abcès placé dans l'inté-

rieur de l'os maxillaire inférieur d'un homme de 45 ans environ, dont le corps servait aux dissections dans les pavillons de l'École pratique. L'os maxillaire, à sa partie antérieure, est beaucoup plus épais que d'habitude, dans le sens antéro-postérieur, et du côté gauche, à peu de distance de la ligne médiane; la lame osseuse, soulevée et amincie, forme une tumeur saillante d'un centimètre environ. Sur cette tumeur, à l'état frais, l'os était un peu érodé dans un seul point ; là, le périoste commençait à se décoller; tout autour il n'y avait aucune autre altération. La mâchoire étant sciée vers sa partie médiane, d'avant en arrière, on trouve dans son intérieur une vaste cavité que remplissait du pus, commençant à droite au milieu de la racine de la canine, qui est cariée et plonge dans la cavité. — De là, la cavité s'étend en avant, traverse la cloison symphisaire, dont il ne reste plus de traces, et s'étend beaucoup plus loin à gauche que du côté droit. La lame compacte de la paroi postérieure de l'os, avec les racines des dents, dont aucune n'est à découvert, à part celle de la canine droite, est intacte, à peine un peu rejetée en arrière. C'est surtout aux dépens de la lame compacte antérieure, intacte aussi, mais amincie surtout au niveau de la tumeur, que l'abcès s'était formé.

Dans notre dernier article, nous citerons un exemple de kyste purulent, développé autour d'une dent, dont la situation était anormale.

KYSTES MÉLICÉRIQUES.

M. Forget a vu dans un cas un liquide analogue au méliceris (thèse, p. 6.) Voici une observation que nous avons trouvée dans l'*Arcenal de chirvrgie* de Scultet, et qui nous paraît un exemple de kyste mélicérique de la mâchoire.

OBSERVATION N° 14.

Il s'agit d'une dame dont la tumeur avait d'abord diminué sous l'influence de la décoction de salsepareille, à ce point que Scultet crut qu'elle était entièrement guérie; mais quelques mois après elle avait reparu. « Après avoir saigné et purgé la malade, je la fis mettre au lit, le 2 mars 1643, et luy ayant attaché les mains aux costés, un des assistants leva un peu en haut la lèvre supérieure avec un petit crochet, afin que je pusse avec un petit couteau séparateur arriver plus commodément entre la tumeur et le premier muscle qui élève la lèvre supérieure. Je parvins avec le petit couteau jusqu'à la suture de l'os jugal, et separay la tumeur du susdit muscle, et trouvay en bas, proche les dents molaires et la cartilage de la gencive, *la tunique de la tumeur*, laquelle j'essayay, mais en vain, de séparer du quatrième os de la mâchoire supérieure avec le même scapel; en sorte que je fus contraint de couper ladite tunique, qui étant ouverte il en sortit une *matière epesse et jaune comme du miel*, et la tumeur s'affaissa, la matière s'étant écoulée, et le chyste cartilagineux ayant esté retranché avec la tenaille, je pansay la plaie d'un blanc d'œuf agité avec la poudre de chrisolite préparée et la poudre de Galien. » Dans la suite de l'observation, on voit que Scultet eut à enlever près de cette cavité deux tubercules durs, et que la malade guérit très bien.

Les cavités mélicériques ne sont probablement que des *kystes muqueux* dont le produit s'est altéré; M. Giraldès a trouvé en effet dans les petits kystes de la muqueuse du sinus un liquide qui a beaucoup de rapports avec celui dont nous parlons; cette réflexion doit aussi s'appliquer à l'espèce suivante.

KYSTES BUTYREUX OU STÉATOMATEUX.

Je ne citerai qu'un fait; il porte avec lui les enseignements les plus utiles sur le diagnostic et le traitement de

cette affection, dont une circonstance aussi heureuse que fortuite vint révéler la nature.

OBSERVATION N° 15.

Kyste butyreux du sinus maxillaire, simulant un cancer encéphaloïde, même au microscope, diagnostiqué, opéré et guéri.

Il s'agit d'une jeune fille, qui, il y a peu de jours encore, avait le visage horriblement déformé par une tumeur considérée comme un cancer encéphaloïde incurable par d'éminents praticiens, et un micrographe des plus justement renommés. Cette fille nommée N. Victorine-Eléonore, 21 ans, bergère, née à Montmirail, s'aperçut, il y a près d'un an, d'un léger gonflement de la joue du côté droit. Cette tuméfaction fit des progrès rapides et s'accompagna bientôt de violentes douleurs de tête. L'ouverture spontanée d'un petit abcès qui s'était formé vers l'angle interne de l'œil la soulagea momentanément, mais la tumeur principale n'en continua pas moins ses progrès jusqu'au 3 novembre 1854, où elle entra à l'Hôtel-Dieu, service de M. Laugier.

A cette époque, le côté droit de la face était le siége d'une tuméfaction énorme qui envahissait le nez, toute la région maxillaire supérieure et la partie interne de l'orbite. La narine droite était distendue et complétement obstruée par une tumeur élastique et saignante, les os du nez étaient refoulés et en partie détruits. L'œil était repoussé en dehors. La peau qui recouvrait la tumeur était amincie et luisante; elle était le siége de deux ulcérations profondes situées l'une près l'angle interne de l'œil, l'autre sur la partie la plus saillante de la tuméfaction. De violentes douleurs s'irradiaient dans tout le côté droit de la face et ne laissaient à la malade aucun repos.

En présence de ces symptômes, on ne pouvait guère douter qu'on n'eût affaire à un cancer encéphaloïde des plus graves. Tel fut en effet le diagnostic de M. Laugier; tel fut aussi celui d'un savant micrographe, à l'examen duquel on crut devoir soumettre une portion de la tumeur qu'on excisa dans ce but.

Pendant six semaines que la malade resta dans les salles de l'Hôtel-Dieu, où elle fut soumise à des examens multipliés, rien

ne vint infirmer le diagnostic, et le mal dont les progrès étaient incessants, parut tellement au-dessus des ressources de l'art, que l'on ne crut pas même devoir tenter une opération. C'est dans ces conditions désespérées que la malade vint à l'hôpital de la Pitié se confier aux soins de M. Maisonneuve.

En présence de cette affection si grave, au moins en apparence, ce chirurgien ne put se défendre d'un moment d'hésitation.

Tout en explorant la tumeur, il commençait à combiner dans sa pensée le plan d'une opération terrible, quand après vingt minutes de l'examen le plus minutieux, le plus approfondi, dans le but, autant peut-être de déterminer les limites exactes du mal que d'en apprécier la nature, M. Maisonneuve déclara que ce prétendu cancer encéphaloïde pourrait bien n'être qu'un kyste butyreux du sinus maxillaire, auquel cas la malade serait guérie en peu de jours. Ce diagnostic lui avait été suggéré pendant son exploration par la circonstance que la pression des doigts faisait sourdre par la narine une matière butyreuse analogue à celle qu'on voit dans certains kystes sébacés du cuir chevelu.

Heureux de cette découverte si inattendue, M. Maisonneuve fit immédiatement par la narine une ponction qui pénétrait jusqu'au centre de la tumeur, et combinant à la fois les pressions et les injections, il parvint à extraire de cet énorme kyste, gros comme les deux poings environ, une matière suifeuse, blanche.

Aucun accident ne suivit cette opération. Pendant cinq ou six jours, M. Maisonneuve se contenta de faire dans l'intérieur du kyste des injections détersives, sous l'influence desquelles la tumeur revint sur elle-même, et les traits du visage ne tardèrent pas à rependre leur forme naturelle.

Quinze jours à peine se sont écoulés depuis cette opération, et la malade a recouvré aujourd'hui toute la régularité de ses traits.

(*Gaz. des hôpit.*, 1855.)

CAVITÉS CLOSES CONTENANT DES OSTÉIDES LIBRES.

Bordenave a rapporté l'histoire d'un malade observé par Morelot. Dans une large cavité du maxillaire inférieur, on trouva *la dernière molaire placée transversalement* sous la *base*

de l'apophyse coronoïde ; et un corps solide pris d'abord pour une exostose. Ce corps se détacha de lui-même après l'ablation des parties molles; il était fort inégal à l'intérieur, brun en quelques endroits, gris et blanchâtre dans d'autres, friable, du volume d'un gros œuf, pesant 3 onces 48 grains, formé au centre de couches dures irrégulières, et à l'extérieur d'un amas de petits grains semblables à du grès.

Un jeune homme fit appeler Dupuytren, dans une maison de santé, pour un développement énorme de l'os maxillaire inférieur. Une fistule livrait passage jusque dans une cavité où le stylet sentait distinctement comme des esquilles totalement séparées de l'os. Le chirurgien crut avoir affaire à une nécrose, agrandit l'ouverture et retira plusieurs de ces prétendues esquilles, qui, au grand jour, ne parurent que des excroissances osseuses. Le malade retourna dans son pays avant que la guérison ne fût achevée ; il revint plus tard dans le même état. Alors, Dupuytren fit une ouverture à la base de l'os, au point le plus déclive de la tumeur. Il put alors la vider en entier ; il en retira une quantité étonnante de corps étrangers, ayant la forme de globes inégaux, irréguliers, très durs, formés de matière osseuse ou crétacée, et dont on ne saurait donner une meilleure idée qu'en les comparant, quant à la forme, à ces fragments globuleux de machefer que l'on répand sur les routes. Il resta au malade une plaie fistuleuse qui fut longtemps regardée comme incurable, et que Dupuytren finit toutefois par guérir.

En 1855, M. Forget a présenté à l'Académie de médecine une vaste cavité développée dans le corps de l'os maxillaire inférieur dont elle occupe toute la portion horizontale droite et un peu la gauche ; les tables interne et externe sont écartées, amincies et doublées d'une mem-

brane grise peu vasculaire. Dans cette cavité on trouve une masse ayant la forme et le volume d'un œuf de dinde, de consistance éburnée; la face qui correspond aux gencives présente des lignes irrégulières brillantes comme l'émail des dents. Il est important de savoir que le malade, âgé de 20 ans, n'avait pas encore vu pousser *les grosses molaires* correspondantes à la tumeur. Plus tard cette tumeur a été montrée sciée à la Société de chirurgie : à son centre il y avait plusieurs dents irrégulièrement étagées; l'une d'elles était renversée.

Je tiens aussi de M. A. Flaubert, de Rouen, qu'il a trouvé dans un kyste de la mâchoire inférieure une masse ayant l'aspect d'un calcul mural et dont l'intérieur avait la dureté, la blancheur et l'aspect de l'ivoire.

Il est très probable que ces produits mal déterminés sont dus au développement exagéré d'un des tissus qui entrent dans la composition des dents, et que ce n'est là qu'une déviation du mouvement nutritif de ces ostéides quand leur évolution normale est arrêtée : des produits semblables ont été trouvés dans le maxillaire supérieur, mais les observateurs qui les ont décrits les placent dans le sinus même.

On a vu des corps *fibreux* ou *fibrineux* libres dans des cavités du maxillaire inférieur, on a trouvé aussi de la matière tuberculeuse au milieu de prétendus kystes, et en voici un exemple présenté par M. Jobert, à l'Académie de médecine : C'est un garçon de 14 ans ; tumeur énorme, arrondie, sans changement de couleur à la peau, sauf dans un point où il y a une ouverture fistuleuse. Après l'ablation. on voit que cette tumeur était formée par une hypertrophie avec éburnation du tissu osseux, renfermant

dans son intérieur des cavités profondes contenant de la matière tuberculeuse ramollie et du pus.

Mais ces produits sont le plus souvent enkystés et non contenus dans des cavités qui constituent la maladie principale. Ils serviront de limite à notre travail sur les cavités kystiques, car aller plus loin serait entrer dans l'histoire *des tumeurs enkystées*, que nous ne voulons pas comprendre dans notre cadre.

ARTICLE 6.

Dans les pages précédentes, nous nous sommes d'abord attaché à montrer la marche qu'a suivi l'histoire *des kystes des mâchoires,* depuis le XVIIe siècle, jusqu'à nos jours, et à préciser les produits pothologiques qui doivent être compris sous ce nom; puis nous avons décrit les espèces de kystes que nous croyons devoir admettre dans l'état actuel de la science, en insistant surtout sur leur siége précis et leur anatomie pathologique, points qui nous avaient paru le moins étudiés. Pour bien faire connaître la pathologie de ces différentes espèces, nous avons analysé ou reproduit les travaux importants dont ils ont été l'objet, et nous avons présenté un choix d'observations, dont la plupart sont plus capables d'instruire que les descriptions les plus méthodiques. Nous terminerons ce travail en présentant quelques considérations pratiques sur le diagnostic et le traitement des kystes des mâchoires.

Toutes les fois que, spontanément ou par la main d'un chirurgien, une cavité kystique des mâchoires aura été ouverte, avant de rien entreprendre de plus, on devra rechercher si cette cavité ne contient pas de dents. Nous avons déjà cité le fait de Mar-

jolin, qui put guérir sa malade par une simple extraction de deux dents; voici un cas dans lequel on aurait pu éviter une opération grave, en tenant compte de la recommandation que nous venons de faire.

OBSERVATION N° 16.

Un jeune homme de 18 ans, portait au bord alvéolaire supérieur gauche, une tumeur dans laquelle on a senti la fluctuation, et d'où l'on avait fait sortir du pus louable en y pratiquant une ouverture. On l'opère en détachant la joue de la tumeur sous-jacente, et divisant l'os jusqu'aux limites de la tumeur qu'on enlève. Le sinus était sain; au grand étonnement des assistants, la tumeur contenait une canine (*Annales de la chirurgie française et étrangère*).

Il eût sans doute suffi de sonder l'ouverture avec un stylet pour la reconnaître et l'extraire simplement; on n'omettra donc pas cette précaution, surtout lorsqu'une dent manquera à sa place ordinaire.

Dupuytren avançait (*Clin.* t. 2, p. 129), que dans les kystes des os, le tissu osseux n'est ni gonflé ni ramolli, et faisait grand cas de cette circonstance pour le diagnostic. L'observation a prouvé qu'il n'en est pas toujours ainsi, et que les parois des kystes des mâchoires, peuvent présenter des *hyperostoses*. Or, c'est là une complication dont il faut tenir compte dans la détermination du traitement; les parois hyperostosées, ne reviennent pas facilement sur elles-mêmes, et le kyste a peu de tendance à s'oblitérer, même quand on a porté des corps irritants dans son intérieur. Il ne faudrait pas croire cependant, que les kystes qui présentent ces complications, ne puissent guérir que par la résection de l'os. En général, il suffit d'enlever la paroi hypertrophiée, et de ruginer ou même

d'irriter la paroi opposée, et ces kystes guérissent comme tous ceux qui sont simples. L'année dernière nous avons pu observer à l'Hôpital Cochin, dans le service de M. Gosselin, une malade pour laquelle ce chirugien a eu la pensée de simplifier autant que possible, le traitement d'une cavité accidentelle du maxillaire compliquée d'hyperostose ; c'est le seul exemple que je connaisse d'un traitement aussi simple, appliqué à un cas de cette espèce ; en voici l'observation détaillée ; je la dois à l'obligeance de M. Gosselin qui a bien voulu compléter lui-même l'histoire de la malade, depuis sa sortie de l'hôpital.

OBSERVATION N° 17.

Cavité accidentelle uni-loculaire du maxillaire inférieur avec hyperostose. Incision et irritation de la cavité.

25 novembre 1855. Rosalie Fryart, domestique, âgée de 24 ans, d'une bonne santé habituelle, d'une bonne constitution. Orpheline de père et de mère depuis l'âge de 3 ans, sans que l'on soit autorisé à croire qu'il y ait eu dans sa famille des cas de cancer. La dent de sagesse du côté gauche n'est pas sortie, tandis que celle du côté droit est sortie depuis longtemps. Elle fait remonter sa maladie à six mois, époque à laquelle, dit-elle, une fluxion se serait montrée du côté gauche de la mâchoire. Il n'y avait alors, d'après son dire, aucune dent gâtée. Après cette fluxion, il est resté un gonflement qui a augmenté peu à peu, puis la seconde grosse molaire s'est ébranlée, a fourni un suintement sanguinolent, et enfin, a été ôtée le 31 avril ; elle était même ébranlée depuis un temps que la malade ne précise pas. Depuis ce moment néanmoins, elle a continué à cracher du sang de temps en temps, et à en faire venir au moyen de la succion. Dans ces derniers temps, la tumeur de la joue, qui gonflait toujours, est devenue en même temps plus douloureuse, ce qui a décidé M. Bauchet, qui lui donnait des soins, à pratiquer une ponction, qui a donné issue à une certaine quantité de sang.

27 octobre. Aujourd'hui, on trouve : 1° à la peau, une tumeur

un peu moins volumineuse que le poing, régulièrement arrondie, lisse et sans bosselure à sa surface, qui occupe une partie de la région parotidienne et la branche ascendante du maxillaire supérieur. Elle est douloureuse au toucher, mollasse, fluctuante en avant, dure et non fluctuante en arrière, où l'on sent, en contournant l'angle de la mâchoire, une résistance très dure et qui ne s'affaisse pas ; 2° du côté de la bouche, point d'ouverture appréciable dans l'endroit où la malade peut cependant faire sortir du sang ; de la mollesse et de la fluctuation avec un peu de gonflement du côté de la gencive externe ; peu de gonflement du côté de la gencive interne ; peu de gonflement au niveau de la face interne de la branche ascendante, mais dépressibilité très prononcée de la couche osseuse, qui s'affaisse comme une lame de parchemin, sans nous donner le signe caractéristique de la crépitation.

30 octobre. Aujourd'hui que la poche est un peu plus distendue, on a, au dehors, la sensation de parchemin, mais il n'y en a pas moins à la face interne, et en arrière de la branche, une portion très dure, qui doit être une hyperostose accompagnant le kyste ou les kystes placés en avant.

5 novembre. M. Gosselin pratique l'opération. Cette opération est faite par la face interne ou muqueuse de la joue dans le but d'éviter : 1° la cicatrice et la longue suppuration qui auraient suivi l'incision externe ; 2° la mutilation et les suites, parfois graves, d'une résection. Elle consiste : 1° en une longue incision longitudinale faite sur la muqueuse, au-devant et en dehors de la branche ascendante ; 2° Introduction du doigt dans le kyste, dont la cavité est considérable, et ne contient aucune substance solide et aucune dent. On produit une douleur affreuse en portant le doigt à la partie interne de la cavité ; 3° introduction d'un tampon à queue de cerf-volant dans la poche pour la faire suppurer. Le liquide, qui était séro-sanguinolent, n'était pas très abondant.

6 novembre. Il y a eu des douleurs toute la journée et toute la nuit ; nous ôtons ce matin le bourdonnet, qui avait été placé entre les lèvres de l'incision après le tamponnement, et nous laissons ce dernier.

30 novembre. Cautérisation avec un crayon de nitrate d'argent.

2 décembre. — La malade conserve dans la bouche un orifice fistuleux par lequel il s'échappe de temps en temps du pus. Elle a, de plus, les mêmes hyperostoses qu'autrefois, en arrière et en dedans de la bouche. Ces tumeurs deviennent même parfois assez douloureuses pour faire craindre quelques lésions plus profondes; elles n'ont pas diminué, et ont même plutôt augmenté, depuis que la malade est sous nos yeux. Quant à la cavité du kyste, elle est toujours assez spacieuse et suppure de temps en temps. Dans cet état de choses, nous proposons à la malade d'attendre quelque temps encore, la prévenant que si les douleurs persistent, il deviendra nécessaire de faire la résection de la branche de la mâchoire. Elle sort provisoirement, et reviendra dans quelque temps nous dire comment elle se se trouve.

Rentrée le 11 avril 1856, pour un abcès qui s'est ouvert spontanément dans la bouche au voisinage du kyste. Ce dernier n'a point suppuré, sa cavité est toujours étroite et ne constitue qu'un trajet, dans lequel on ne trouve pas de dénudation osseuse. Les hyperostoses persistent. *Exeat.*

Depuis avril 1856, cette femme est venue voir de temps à autre M. Gosselin. L'orifice interne a persisté et a continué à fournir un peu de pus. Parfois elle a eu des vomissements, de l'inappétence et des douleurs gastralgiques, que M. Gosselin a pu attribuer, sans cependant avoir de certitude sur ce point, à la déglutition du pus. Depuis longtemps, ces symptômes n'existent plus, la malade n'est pas obligée de cracher souvent et n'a pas l'haleine fétide; mais elle voit encore reparaître de temps à autre des douleurs d'ostéite, et le trajet fistuleux existe toujours, sans dénudation et très étroit. En somme, il n'y a pas eu, depuis sa sortie, d'altération assez grave de la santé, et de douleurs assez continuelles, pour faire la résection; mais M. Gosselin craint que l'ostéite persistante ne l'y conduise un jour.

Bien qu'il n'existe ordinairement qu'un seul kyste sur une mâchoire, on comprend qu'il puisse s'en développer plusieurs, non seulement pour les kystes muqueux du sinus, mais encore pour les kystes alvéolo-dentaires. Un

même malade peut aussi être atteint de cette affection sur chaque moitié d'une mâchoire, successivement. C'est ainsi que M. A. Flaubert a opéré récemment un homme de 40 ans qu'il avait déjà opéré et guéri, il y a quatre ans, d'un kyste situé du côté opposé, sur la même mâchoire.

Malgré tout ce qu'on a dit des signes caractéristiques des kystes des mâchoires, le diagnostic de ces tumeurs est parfois difficile, surtout si l'on veut se renseigner sur leur disposition intérieure et arrêter à l'avance le procédé opératoire. Il ne faut pas se hâter de décider qu'un cas donné réclame l'ablation de l'os qui supporte la tumeur, et à moins de cavités multiloculaires étendues à une portion considérable de l'os, je crois qu'on pourra presque toujours se dispenser de l'amputation partielle. Aucun chirurgien ne voudrait imiter la conduite de Wade, qui pratiqua l'amputation d'une portion du maxillaire inférieur pour une tumeur qui nous paraît être un kyste alvéolo-dentaire des plus simples (*Gaz. méd.*, 1844, p. 658).

Si l'on veut apprécier la valeur des nombreux moyens qui ont été dirigés contre les kystes simples des mâchoires, et qu'on s'appuie pour cela sur le dépouillement du grand nombre d'observations que contiennent les journaux, on arrivera, ce nous semble, à une conclusion bien arrêtée, c'est que la méthode qui a été à la fois la plus simple et la plus sûre dans les cas de kystes volumineux est celle qui consiste à faire une large perte de substances sur la paroi la plus mince de l'os dilaté, et à mettre ainsi bien à découvert la surface de la cavité, de façon à pouvoir la modifier par des topiques irritants. Dans presque tous les cas, nous voyons ce mode de traitement suivi d'un succès complet. Ce n'est pas que nous voulions détourner de la pratique, qui consiste à ouvrir le kyste en perforant une alvéole, sur-

tout si celle-ci était vide; ce moyen a réussi très souvent, particulièrement pour les petits kystes de la mâchoire supérieure; mais c'est aussi celui qui a été le plus souvent insuffisant. L'enlèvement d'une paroi de la tumeur aura toujours d'ailleurs sur toutes les autres méthodes l'avantage de permettre au chirurgien d'établir un diagnostic complet et de prendre un parti définitif bien motivé. M. Velpeau, comme beaucoup d'autres chirurgiens, a été obligé d'y avoir recours après avoir tenté une première opération plus simple. (*Gaz. des Hôp.*, 1844, p. 581).

A l'égard de ces opérations qu'on est obligé de réitérer, il est bon de savoir que souvent, quand un kyste des mâchoires a resisté à un premier traitement, c'est qu'il renferme une production pathologique autre qu'un liquide, ou bien encore qu'il est compliqué de carie ou de nécrose. Les observations de Jourdain et de Bordenave, m'ont offert plusieurs exemples de cette complication; voici un cas qui montrera qu'elle ne cède pas même à une large ouverture du kyste.

OBSERVATION N° 18.

M. B., 45 ans, il y a 20 ans, sans cause connue, douleurs légères dans le côté gauche de la mâchoire inférieure. Dents saines, mais quelques années auparavant, il avait fait extraire la troisième molaire pour carie. Les douleurs continuèrent, puis l'os se tuméfia lentement, et le malade ne consulta que 10 ans après. Dupuytren diagnostiqua un kyste osseux, et fit à la partie supérieure de la tumeur, au devant de la gencive, au niveau de la dent arrachée, une perte de substance de l'étendue d'une pièce de 20 sous. Au dire du malade, il s'écoula une quantité considérable d'un liquide séro-purulent, 1831. Depuis, l'ouverture est restée béante et la suppuration n'a pas tari.

1839. — Examen de M. Jobert. — Tumeur du volume d'un œuf de dinde, étendue de la première molaire à la dernière, dure,

indolente, rappelant une exostose, sans engorgement glandulaire. Dans l'intérieur de la bouche on trouve une ouverture de la grandeur d'une pièce de 10 sous; le stylet fait constater que la paroi antérieure est à nu et la postérieure revêtue d'une membrane. Dents saines non ébranlées, pus fétide, pénétration des aliments, pas de douleur. Consultation de MM. Roux, Velpeau, Andral et Bouillaud; tous sont de l'avis de M. Jobert, enlever la paroi antérieure du kyste. Opération en janvier 1840, on enlève une plaque osseuse à l'aide de la scie de Martin, la paroi antérieure de l'os était necrosée; la paroi postérieure saine et recouverte d'une membrane lisse unie, semblable à une muqueuse. Le bord alvéolaire, altéré, noirci par la suppuration, fut enlevé avec les molaires dont la racine était aussi alterée. Après quelques suppurations, quelques nécroses partielles, le malade guérit en un mois environ. (*Gaz. des Hôpit.*, 1840, *p.* 223).

Mais les cas de cette espèce sont-ils primitivement des kystes? On peut en douter, malgré les titres des observations, la plupart m'ont paru n'être que des cas de nécrose ou de carie avec accumulation de pus dans les aréoles dilatées du tissu spongieux. Quoi qu'il en soit, lorsqu'une première opération pratiquée sur un kyste de la mâchoire n'est pas suivie de succès, il faut, avant de s'en prendre à la méthode opératoire, bien rechercher si le prétendu kyste ne présente pas un corps fibreux, ou une portion d'os nécrosée. L'ablation de la paroi antérieure de la tumeur, a, nous le répétons, l'avantage d'éclairer de prime abord sur ces circonstances importantes.

Lorsqu'on présente le diagnostic des kystes des mâchoires, on établit avec soin les différences qui existent entre les kystes, les ostéo-sarcomes, les exostoses, et l'on consultera avec fruit à cet égard la thèse de M. Diday, 1839; mais outre les tumeurs fibreuses, qui doivent encore en être distinguées avec soin, il y a un grand nombre de tumeurs liquides ou molles développées dans le sinus

maxillaire (voir Lecler, thèse inaugurale, 1849, Giraldès, thèse de concours, 1851), et qui peuvent être facilement confondues avec les kystes des mâchoires; ici au moins l'erreur ne serait pas dangereuse. Elle le serait davantage si l'on voulait entreprendre une opération sur les os (il en en existe un exemple), quand on n'a affaire qu'à un kyste séreux ou athéromateux de la joue ou de la fosse canine, comme dans les cas de Bérard (*Gaz. méd.*, 1837), de Cadel (*Gaz. méd.*, 1839), de Rigal (*Soc. de chirurgie*, 1850). Mais j'appellerai l'attention sur deux maladies peu connues qui m'ont paru offrir beaucoup de traits de ressemblance avec les kystes de la mâchoire supérieure. La première a été décrite comme un exemple d'exostose aréolaire de la paroi antérieure du sinus; on pourrait peut-être élever des doutes sur la légitimité de son classement parmi les exostoses; mais je ne veux présenter ici l'observation que pour montrer comment cette maladie pouvait facilement être confondue avec un kyste des mâchoires.

OBSERVATION N° 19.

Maladie du sinus maxillaire droit. — Dilatation de cette cavité avec hypertrophie spongieuse de sa paroi *antérieure*. — Soulèvement léger et amincissement du plancher de l'orbite du côté malade. — Dépression et destruction partielle de la voûte palatine du même côté. — Opération, mort, autopsie.

Le 3 novembre, fut admise à la Charité, la nommée Sophie Belleville, 16 ans, bonne constitution et tempérament bilioso-sanguin. Point encore réglée. Elle porte à la partie supérieure et interne de la joue droite, une tumeur dont nous indiquerons plus tard la place et les limites. Tous ses parents se portent bien. Aucune affection cancéreuse dans sa famille, d'après son dire.

Antécédents. — Elle avait toujours joui d'une santé parfaite, lorsque, il y a environ 3 mois, elle garda le lit pendant plus d'une semaine, pour une affection qu'elle caractérise de la manière suivante : douleurs de tête, fièvre, inappétence, hémorrhagies fréquentes et abondantes par le nez. Peu de jours après sa guérison,

elle éprouva de violents maux de dents ; elle rapporte la cause de ces douleurs aux dents voisines de la tumeur. Quelques jours après la cessation de ces douleurs, deux mois environ avant son entrée à l'hôpital, elle constata sur sa joue droite, entre le nez et l'os de la pommette, une tumeur du volume d'un gros pois, fixe, profondément située et tout à fait insensible à la pression. Cette tumeur acquit en moins d'un mois à peu près le volume que nous allons déterminer, et cela sans occasionner le moindre accident, et même sans donner lieu à aucune souffrance.

Tels sont les renseignements obtenus de la malade, qui ne nous paraît pas se rendre un compte bien clair de ce qu'elle raconte. Quoi qu'il en soit, voici ce que nous observâmes le lendemain de son entrée (4 novembre 1840).

Examen de la malade. — Sur la partie antérieure de la joue droite existait une tumeur ayant le volume et à peu près la forme d'une moitié d'œuf de poule, et limitée extérieurement de la manière suivante : par sa partie supérieure, elle atteignait presque l'angle interne de l'œil et cotoyait la moitié interne du rebord du plancher de l'orbite ; en dehors elle se terminait à peu près au niveau de l'os de la pommette, en bas elle se prolongeait jusqu'aux gencives, et par sa partie interne, surtout en haut, elle semblait faire corps avec les os du nez. Les téguments qui recouvraient cette tumeur, quoique un peu injectés, étaient cependant à l'état sain, ils glissaient facilement sur la tumeur, il était facile de se convaincre qu'ils en étaient tout à fait indépendants. Le nez était déjeté à gauche d'une manière très prononcée. L'œil du côté malade n'était point refoulé en avant, il paraissait néanmoins un peu soulevé en haut. En portant l'extrémité du petit doigt un peu au-dessous de lui, on sentait que le plancher de l'orbite était légèrement soulevé. Tel était l'aspect de cette tumeur; j'ai déjà dit qu'elle était tout à fait indolente. Elle donnait au toucher la sensation d'un corps dur, résistant, situé au-dessous des parties molles et faisant évidemment corps avec l'os. En soulevant la lèvre supérieure, on voyait la tumeur venir faire saillie sur les gencives sous forme d'un bourrelet rougeâtre assez volumineux. Sur ce point, elle cédait un peu à la pression, mais il était difficile de s'assurer si cette disposition ne dépendait pas autant du gonflement des parties molles que de la faiblesse de la paroi du sinus. Sur la voûte palatine, du côté malade, existait une tumeur du

volume d'une moitié d'amande. Cette tumeur était facilement dépressible à son centre, ce qui fit soupçonner que l'os était détruit sur ce point.

En portant un doigt dans l'arrière-bouche, on ne sentait aucun corps qui fît saillie derrière les fosses nasales. L'air ne passait plus à travers les narines, mais cette obstruction, au dire de la malade, datait d'une vingtaine de jours, et depuis cette époque aussi, la narine droite ne livrait plus passage au mucus; cependant il était facile d'introduire une sonde d'un volume ordinaire. La narine gauche était moins gênée. L'œil du côté malade remplissait bien ses fonctions. Les dents étaient solides et paraissaient parfaitement saines. Etat général fonctionnel et moral bon.

L'examen dont nous venons d'exposer le résultat fut fait avec le plus grand soin par M. Gerdy. Il s'agissait de déterminer : 1° le siége précis de la tumeur ; 2° sa nature.

Diagnostic raisonné. — Sur le premier point, pas de doute, c'était évidemment une affection du sinus. Mais quelle était la nature de cette affection? Était-ce un polype, une hydropisie, une des variétés du cancer, une exostose, etc.? Sous ce point de vue, la question était beaucoup moins facile. Cependant les antécédents, la marche de la tumeur écartaient l'idée d'une affection cancéreuse; car, outre que la maladie ne datait que de deux mois, elle n'avait jamais occasionné de souffrance, et s'était développée au dehors sans se traduire par le cortége de symptômes propres aux affections cancéreuses. Sophie jouissait en outre d'une santé parfaite. Ces considérations restreignaient la question à une tumeur fongueuse dans le sinus ou à un amas de mucosités dans le sinus. Dans l'un et l'autre cas, les parois du sinus auraient été refoulées. L'affection paraissait donc dépendre d'un polype ou d'une hydropisie de l'antre d'Hygmore; telle était l'opinion de M. Gerdy.

Opération. — 12 novembre. La lèvre est soulevée, incision transversale pénétrant jusque dans le sinus. Arrivé là, M. Gerdy sentit un assez large espace qui ne lui permit pas de douter que l'antre d'Hygmore était dilaté. Dans cette incision, la paroi du sinus n'opposa qu'une faible résistance, *point de mucosités*. Ce premier temps mit Gerdy sur la voie, il sentit dès lors que la

paroi antérieure du sinus était considérablement hypertrophiée et qu'il fallait procéder à l'extraction. Avec un fort bistouri, la paroi antérieure du sinus est excisée. M. Gerdy peut alors constater que l'antre d'Hygmore *était considérablement dilaté*. La plaie lavée à grande eau, *le corps de l'os parut sain*, et M. Gerdy n'alla pas plus loin.

Accidents consécutifs, — hémorrhagie abondante au troisième jour, par le nez, — tamponnement, — mort de la malade le 22.
Examen de l'os enlevé.— La portion d'os enlevé avait au moins deux lignes et demie d'épaisseur; elle était spongieuse, mais elle n'offrait aucun des caractères du tissu cancéreux.

Autopsie.— Organes splanchniques sains, — le maxillaire fut enlevé, — son tissu n'était pas dégénéré, — sinus sphéroïdal rempli de pus. (1840, 565, *Gaz. des Hôpit.*)

Voici enfin une lésion très rare sans doute et sur les symptômes de laquelle nous n'avons aucun renseignement ; mais la simple description anatomique suffira pour faire voir combien il eût été facile de la prendre pour un kyste de la mâchoire supérieure, si l'on n'avait pas eu recours à la ponction exploratrice.

OBSERVATION N° 20.

M. *Jules Dubois*, elève des hôpitaux, présente un exemple de dilatation notable avec amincissement des parois de tous les sinus des fosses nasales.

Sur une femme d'une trentaine d'années, bien conformée, servant aux dissections à l'amphithéâtre des hôpitaux, on prépa-parait le voile du palais, et on séparait l'un de l'autre les muscles péristaphylins gauches, lorsqu'on s'aperçut que le sinus maxillaire de ce côté était percé par une large ouverture anfractueuse, bordée de quelques fragments osseux presqu'isolés. En examinant avec soin, on a trouvé que ce sinus était le siége d'une lésion singulière qui se retrouvait dans tous les autres sinus.

Les *sinus sphénoïdaux*, extrêmement considérables, occupent toute l'épaisseur du corps du sphénoïde, qui est réduit à n'être

plus formé que par quelques lames minces, presque aussi fragiles que l'os planum de l'ethmoïde.

Les *sinus frontaux* sont fort développés, et les lames osseuses du frontal qui les circonscrivent sont très peu épaisses.

La même lésion existe dans les *cellules ethmoïdales*, mais à un degré moins prononcé, excepté à gauche, où l'os planum est déjeté dans l'orbite, de manière à former une surface notablement convexe. En se déjetant ainsi, l'os planum, déjà si mince naturellement, s'est encore aminci, et a disparu vers la partie postérieure, en sorte qu'une ouverture irrégulière de près de deux centimètres, fait communiquer les cellules ethmoïdales postérieures avec la cavité orbitaire sur le squelette sec. A l'état frais, les parties molles qui n'offraient pas la moindre trace d'altération, fermaient cette ouverture.

La dilatation avec amincissement des parois est remarquable, surtout dans le *sinus maxillaire gauche*, et a réagi sur toutes les parties voisines. La fosse canine a presque disparu pour faire place à une surface convexe en avant. Le plancher de l'orbite est convexe au lieu d'être concave, et le canal sous-orbitaire très aplati est déjeté en dehors, de façon à décrire une convexité dans ce sens. La tubérosité maxillaire, très élargie, et constituée seulement par une lame papyracée, se porte à près de trois centimètres plus en arrière que la tubérosité maxillaire droite. La lame osseuse a été absorbée sur toute sa surface postérieure, en même temps qu'une bonne partie de l'apophyse ptérygoïde, de telle sorte que le sinus maxillaire, sur le squelette sec, est complétement béant en arrière, par une ouverture anfractueuse de plus de quatre centimètres de diamètre. Les parties molles, qui entouraient et fermaient cette ouverture osseuse, étaient saines d'ailleurs, ainsi que la muqueuse des sinus.

La même lésion, mais moins prononcée, existe dans le sinus maxillaire droit.

Les sinus étaient pleins d'air comme à l'état normal, et rien ne pouvait donner la raison de l'état de ces cavités.

La cloison des fosses nasales est fortement déjetée à droite.

(*Bulletin de la Société anatomique*, 22.)